

**UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PALERMO**  
DIPARTIMENTO DI FILOSOFIA, STORIA E CRITICA DEI SAPERI  
(FIERI)

---

DOTTORATO DI RICERCA IN PEDAGOGIA E SCIENZE DELL'EDUCAZIONE  
IN PROSPETTIVA INTERCULTURALE.  
TEORIE E METODI  
Settore scientifico-disciplinare: M-PED/01

A.A. 2009-2010  
CICLO XXII

FAMIGLIE MIGRANTI E SERVIZI DI CURA MATERNO-INFANTILE:  
UNA PROSPETTIVA INTERCULTURALE IN AMBITO SANITARIO

***Dottoranda:***

Dott.<sup>ssa</sup> Alessandra Ciulla

***Tutor:***

Chiar.ma Dott.<sup>ssa</sup> Aluette Merenda

***Co-tutor:***

Chiar.ma Prof.<sup>ssa</sup> Elena Mignosi

***Coordinatore:***

Chiar.ma Prof.<sup>ssa</sup> Maria Rosa Manca

## INDICE

	Pag.
PREMESSA	3
<i>Perché le cose finiscono in disordine? (G. Bateson, 1972)</i>	6
INTRODUZIONE	7

## PARTE PRIMA

### LE FAMIGLIE MIGRANTI NEI SERVIZI DI CURA

CAPITOLO I: FAMIGLIE MIGRANTI e SERVIZI DI CURA	13
1.1 Flussi migratori: caratteristiche attuali e problematiche	13
1.2 Migrazioni familiari e tutela della salute materno-infantile	20
1.2.1 Evoluzione normativa	22
1.2.2 Esperienze	28
1.3 Vulnerabilità e resilienza familiare in migrazione: il ruolo dei servizi	31
1.3.1 Perinatalità e nascita: la costruzione del ruolo parentale	35
1.3.2 Ingresso dei figli a scuola	41
1.3.3 Adolescenza	42
1.3.4 Il tema delle MGF: mutilazione o modificazione?	39
CAPITOLO II: IL CONTATTO TRA LE CULTURE	46
2.1. Processi di categorizzazione sociale	46
2.2. Dinamiche del contatto di lunga durata: i processi di acculturazione	53
2.3. Contatto interculturale ed effetti delle relazioni intergruppi	57
2.3.1. Il contatto intergruppi	58
2.3.2. Effetti del contatto diretto e indiretto	59
2.3.3. Effetti di moderazione e di mediazione	63
2.4. Intercultura e comunicazione.	71



## PARTE SECONDA

## RELAZIONI INTERCULTURALI IN AMBITO SANITARIO

CAPITOLO III: LA RICERCA	75
3.1. Obiettivi e ipotesi	77
3.2. Metodo	78
3.2.1 Partecipanti	78
3.2.2 Strumenti	79
3.2.3. Procedura e analisi dei dati	81
3.2.3.1 Analisi descrittive	82
3.2.3.2. Studio 1-Il significato dell’intercultura	90
3.2.3.3. Studio 2-Il contatto interculturale e gli effetti di moderazione	101
3.3. Risultati	109
3.4 Discussione	111
CONCLUSIONI	115
<i>Perché le cose hanno contorni? (G. Bateson, 1953)</i>	117
BIBLIOGRAFIA	119
SITOGRAFIA	139
ALLEGATI	140
A. Scheda	
B. Intervista	
C. DSSVP	

## PREMESSA

Le migrazioni giocano un ruolo molto importante nella comprensione dei processi di costruzione sociale della realtà. Attualmente, milioni di persone lasciano il proprio paese con l'obiettivo di migliorare le condizioni di vita per se e per le proprie famiglie. Ma non solo. Si può, infatti, decidere di migrare anche per la necessità di fuggire dalla povertà, dalla guerra, da forme di persecuzione politica o religiosa o, ancora, dalle catastrofi naturali (Regalia, 2005).

Nella rappresentazione dei migranti, l'Italia è divenuta una tra le mete in cui è possibile esercitare diritti di uguaglianza e cittadinanza. Tuttavia, spesso, questa rappresentazione viene decostruita a causa di una serie di restringimenti legislativi in materia di immigrazione e al persistere di circostanze in cui il contatto tra la popolazione migrante e quella autoctona continua a presentare le caratteristiche di una relazione di tipo asimmetrico.

Recentemente, nel nostro paese, gli effetti della recessione economica e la percezione della pericolosità sociale dello "straniero" hanno acquisito una certa salienza nella comunicazione di massa. Ciò ha incrementato il livello di allarme perché ha reso maggiormente accessibili preoccupazioni e diffidenze nella relazione interpersonale e intergrupale con la popolazione immigrata. Molti sono stati i fatti sociali in cui abbiamo potuto osservare la portata di forme diverse di pregiudizio simbolico, di indifferenza morale e di esclusione sociale<sup>1</sup>, al punto che si parla di un ritorno di atteggiamenti razzisti e xenofobi.

La questione acquista rilevanza politica e scientifica dal momento che tutti questi elementi evidenziano il rischio di una frammentazione sociale su cui ciascuno di noi è chiamato a riflettere. Si tratta, infatti, dell'esercizio di un fondamentale diritto, quello della partecipazione, che fonda il potere economico, culturale e sociale inteso non come bene privato di una persona o di un gruppo, bensì come bene collettivo, che

---

<sup>1</sup> Si ricordino, per esempio, le recenti esposizioni di simboli e slogan come forma di affermazione identitaria e protesta contro la presenza dei migranti e delle loro famiglie, in un territorio che le percepiva in termini di competizione o di minaccia sociale; e, ancora, il caso di cronaca che lo scorso autunno ha coinvolto una donna rumena, aggredita mortalmente all'interno della stazione di Roma e lasciata in terra, senza soccorso, dinanzi alla vista dei passanti; oppure, gli sgomberi delle comunità rom dai campi nomadi; il caso di Rosarno, che ha contrapposto per giorni, in un violento conflitto, la popolazione migrante e quella autoctona,

costituisce la premessa per lo sviluppo del benessere nella vita di tutti (Prilleltensky, 2007).

Non sempre, però, partecipazione vuol dire empowerment. Sono, piuttosto, le condizioni in cui si realizzano concretamente le azioni della partecipazione che consentono o meno le forme dell'empowerment (Cornish, 2004; 2006).

Nel processo di costruzione sociale, spesso il migrante (l'estraneo, il diverso, e così via, le altre categorie dell'alterità) non è dei nostri: possiamo accoglierlo o "tollerarlo", ma egli non può partecipare ai processi decisionali sulle questioni che riguardano anche noi. Anche se abita con noi. Anche se lavora per noi, o noi lavoriamo con lui, o per lui. O, ancora, anche se si prende cura di noi o noi ci curiamo di lui. Cosa fa, dunque, di lui un soggetto diverso da noi? E in che modo costruiamo il senso del "noi in mezzo a loro" e del "loro in mezzo a noi" (Geertz, 1994)?

Ogni giorno entriamo in contatto con persone e gruppi che provengono da diverse aree geografiche e portano con sé diverse norme sociali e culturali. Il progetto di una condivisione degli spazi e di una prospettiva di vita in comune, all'interno di questo cambiamento, risulta spesso un lavoro oltremodo faticoso. Molte volte il conflitto è così invischiante che entra in una escalation di ostilità - e, purtroppo, anche di violenze - in cui diventa quasi impossibile individuarne chiaramente i motivi iniziali e ogni tentativo di mediazione rischia di vanificarsi.

Non è sufficiente vivere in una società pluriculturale, direbbe Hewestone (2009), perché si realizzi anche intercultura. Esiste infatti, una differenza qualitativa - in qualche modo collegata a quella tra partecipazione ed empowerment - tra le possibili forme del contatto (che, come vediamo, aumentano nonostante le politiche di restrizione o le diverse forme di ostilità tra gruppi) e le esperienze di relazione tra le persone o gruppi di diversa cultura. In tal senso, ciò che secondo Hewestone rende positive le esperienze di incontro tra le culture è l'esistenza di una reale e significativa relazione interculturale tra le persone, non una semplice opportunità di contatto.

L'intercultura rappresenta il tema di una *rivoluzione culturale* al centro della riflessione di molte discipline: l'antropologia, la filosofia, la sociologia, la psicologia e la pedagogia (Cambi, 2001; Demetrio e Favaro, 1992).

Le relazioni interculturali *raccontano* un dinamismo circolare che procede dall'identico verso il diverso. È in questa dialettica, scrive Pinto Minerva (2007), che l'Altro ci aiuta a scoprire la parzialità del nostro punto di vista.

In tal senso, l'incontro interculturale è, nel suo divenire, matrice di un processo dialogico che ridefinisce le categorie dell'io/mio - tu/tuo e del noi/nostro – voi/vostro verso una prospettiva nuova, quella della compossibilità (Fazio-Allmayer, 1987; Giambalvo, 2006).

In questa *rivoluzione culturale*, il compito specifico della Pedagogia, disciplina di confine tra sapere e prassi, è quello di riflettere sui processi di co-costruzione sociale dei significati dello stare insieme per realizzare, altresì, le premesse culturali di un dialogo in cui si può imparare a vivere e a stare bene insieme.

*Perché le cose finiscono in disordine?*

Figlia: Papà, perché le cose finiscono sempre in disordine?

Padre: Come? Le cose? Il disordine?

F. Be', la gente è sempre lì a mettere le cose a posto, ma nessuno si preoccupa di metterle in disordine. Sembra proprio che le cose si mettano in disordine da sole. E poi bisogna rimetterle a posto.

[...]

F. Ma perché le persone mettono sempre in disordine le cose degli altri, papà?

P. Be', un momento, non è così semplice. Prima di tutto, cosa vuol dire disordine?

F. Vuol dire ... che non riesco a trovare le cose, e così tutto sembra in disordine. Cioè, quando niente è al suo posto ...

P. D'accordo, ma sei sicura di dare a 'disordine' il significato che gli darebbe una qualunque altra persona?

[...]

F. Papà, non hai finito. Perché le mie cose finiscono sempre nel modo che io dico che non è ordinato?

P. Ma io ho finito ... è solo perché ci sono più modi che tu chiami 'disordinati' che modi che tu chiami 'ordinati'.

F. Ma questa non è una ragione ...

P. Ma sì, lo è. Ed è la vera, unica e importantissima ragione.

F. Papà, smettila!

P. Ma non ti sto prendendo in giro. La ragione è questa, e tutta la scienza è appesa a questa ragione. Prendiamo un altro esempio. Se io metto un po' di sabbia in fondo a questa tazzina, e sopra ci verso un po' di zucchero, e poi giro con un cucchiaino, la sabbia e lo zucchero si mescolano no?

F. Sì, papà, ma ti sembra giusto adesso metterti a parlare di 'mescolare', quando abbiamo cominciato con 'disordinare'?

P. Ma credo proprio di sì... perché si può pensare che ci sia qualcuno che pensa che sia più ordinato avere tutta la sabbia sopra e tutto lo zucchero sotto. E se vuoi dirò che sono io a pensarla così.

*(G. Bateson, 1972)*

## INTRODUZIONE

I flussi migratori rappresentano un fenomeno di trasformazione sociale molto interessante dal punto di vista politico e scientifico. Chiaramente, non si tratta di un fenomeno del tutto nuovo e a partire dagli studi di Allport (1954) si è sviluppata una vasta letteratura sul tema del contatto tra le culture.

L'attuale interesse verso le migrazioni riguarda un importante aspetto di trasformazione rispetto al passato, ovvero la sua dimensione familiare (Scabini e Regalia, 2008). Questa trasformazione impone nuove sfide, sia alla famiglia in situazione migratoria sia alla comunità d'arrivo. Se da un lato, infatti, la famiglia deve confrontarsi con elementi di discontinuità interni ed esterni - differenze culturali con i membri della comunità d'arrivo e gestione dei cambiamenti nella cura familiare e nel progetto educativo per i propri figli (Ambrosini e Molina, 2004; Portes et al., 2004) - dall'altro, la comunità d'arrivo deve impegnarsi ad affrontare la formazione di nuove categorie interpretative degli eventi (psicologici e relazionali) per poter interagire funzionalmente nel contatto interculturale con la popolazione migrante (Berry, 1997).

I nuclei tematici su cui si sviluppano le ricerche più recenti riguardano gli effetti delle dinamiche del ricongiungimento sui componenti della famiglia, il funzionamento delle famiglie interculturali, la qualità delle relazioni familiari durante il processo di transizione e il rapporto tra la cultura familiare d'origine e la cultura della società d'arrivo. Le osservazioni e i risultati che scaturiscono dalle ricerche possono contribuire notevolmente a conoscere meglio le caratteristiche, i significati e i punti di forza o debolezza dell'odierno scenario interculturale.

In particolare, per quanto riguarda le relazioni con le professioni sociali e sanitarie, la ricerca psicosociale e l'esperienza clinica hanno evidenziato la necessità di riorganizzare i servizi in favore di un più ampio accesso alle famiglie migranti (ma non solo) e una maggiore soddisfazione nella condivisione della cura tra pazienti-clienti e operatori (Baccetti, 2001; Beneduce, 1999; Castiglioni, 2001; Chiarenza, 2005 2007a e 2007b; Chiarenza e Simonelli, 2003; Crinali, 2001, 2006 e 2008; Geraci, 2001 e 2009; Geraci, Maisano e Mazzetti, 2005; Gozzoli e Regalia, 2005 e 2006; Inghilleri, Castiglioni e de Cordova, 1998; Lemma, 2005; Marazzi, 2005; Moro,

Neuman, Réal, 2010, Nathan, 2001; Prilleltensky, 2007; Prilleltensky e Prilleltensky, 2003a, 2003b e 2006; Tognetti Bordogna, 2007).

Conseguentemente all'evoluzione dei flussi migratori, all'interno dei servizi aumentano le esperienze di contatto con le famiglie migranti e, spesso, la gravidanza costituisce la prima occasione di accesso delle donne presso le strutture socio-sanitarie. Diventa, pertanto, fondamentale predisporre adeguatamente nella relazione di cura, sin dalle prime fasi di questo incontro.

Ci sono mille maniere di migrare e mille maniere di essere padri e madri, direbbe Marie Rose Moro, e oggi in Italia, come nella *banlieue* multiculturale parigina «c'è un dovere di conoscenza, di sensibilizzazione e di formazione» (Moro, Neuman e Réal, 2010, p.160).

La famiglia migrante da un lato e i membri della comunità d'arrivo dall'altra affrontano, a proprio modo, l'esperienza del trovarsi *tra* diverse istanze, *tra* diverse categorie linguistico-culturali, *tra* diversi portati simbolici, *tra* diversi tempi e luoghi, ovvero all'interno di una transizione socioculturale che - mentre si va definendo - conferisce al momento dell'incontro nuove modalità e significati dello stare insieme e, dunque, di *essere* nella relazione con la diversità.

Cura, accudimento e condivisione di un progetto educativo possono costituire aree di incomprensione – talvolta di pregiudizio – tra famiglie e operatori dei servizi, soprattutto quando la cultura della famiglia migrante si differenzia notevolmente da quella dei professionisti (docenti, assistenti sociali, pedagogisti, psicologi, medici, operatori sanitari, ecc.).

Come fare per comprendere, dunque, la dimensione culturale della genitorialità e la diversità dei modi in cui essa può esprimersi? Come rispondere a diversificati linguaggi e bisogni di salute? Come condividere parole e significati sulla nascita e l'accudimento dei bambini? Come ri-organizzare dispositivi di cura materno-infantile? Come, infine, sostenere la costruzione della funzione genitoriale pensando all'alterità delle madri e dei padri migranti?

La possibilità di costruire dispositivi di cura sensibili alle diverse culture familiari sulla nascita e sull'educazione dei bambini, facilita una più ampia e soddisfacente partecipazione sociale fondata su logiche di costruzione condivisa del benessere, ma comporta anche lo sviluppo di competenze e responsabilità

professionali nuove. Suggestiva è, in tal senso, la proposta di affrontare la questione attraverso un approccio umanizzante della cura e da una prospettiva interculturale: «non è efficace l'integrazione a senso unico: non è solo la persona immigrata che si deve integrare col sistema salute; è anche il sistema salute che si deve integrare con i nuovi italiani» (Turco, 2006)<sup>2</sup>.

In questa prospettiva, la sfida dell'intercultura rilancia altri interrogativi specifici ai servizi; essi riguardano il tipo di rispecchiamento che i pazienti-clienti migranti ricevono da parte degli operatori. Il rischio è quello di tralasciare sullo sfondo la dimensione umana e gestire le richieste d'aiuto in subordinazione alle questioni burocratiche ed economiche connesse alla migrazione (per esempio, si pensi alla trafila per la richiesta dei permessi di soggiorno, la ricerca del lavoro, di un'abitazione ecc., che riducono la visibilità della persona alla condizione di migrante regolare e lavoratore). Questo può amplificare le distanze in rapporto a persone che, spesso, vivono già con disagio una serie di confronti sociali di tipo asimmetrico e, forse, talvolta, in una condizione di svantaggio che può contribuire a sviluppare la percezione di un profondo senso di vergogna (Finzi, 2011).

Questi temi rappresentano l'input da cui è scaturito l'interesse per il presente lavoro nel corso del dottorato di ricerca in *Pedagogia e scienze dell'educazione in prospettiva interculturale* che, nello specifico, ha riguardato l'esplorazione delle prospettive interculturali in alcuni servizi di cura materno-infantile.

Il lavoro è diviso in due parti. La *prima parte* include due capitoli introduttivi che affrontano il tema della presenza delle famiglie migranti nei servizi di cura. In particolare, il capitolo I analizza, le caratteristiche dei nuovi flussi migratori verso l'Italia, gli aspetti normativi ed esperienziali dello scenario in cui si inseriscono oggi i percorsi di cura di tante famiglie migranti e la specificità del ruolo professionale nel processo di cura e sostegno delle famiglie in determinati periodi di vulnerabilità familiare. Il capitolo II racchiude una rassegna di studi che, in lettura di area psicosociale, hanno contribuito a spiegare le dinamiche, le condizioni e gli effetti del contatto tra le culture e che costituiscono le premesse teoriche su cui si è basata la ricerca esposta nella seconda parte del lavoro. Dagli diversi studi riportati emerge che

---

<sup>2</sup> XLII Congresso Nazionale della Società Italiana di Igiene Medicina Preventiva e Sanità Pubblica dal titolo: *La Prevenzione per la promozione della salute e l'integrazione dei popoli*. Catania, 27-30 ottobre 2006.



le relazioni umane - e tra esse quelle interculturali e di cura trattate nel presente lavoro - sono influenzate dalla costruzione delle rappresentazioni sociali che le persone (o i gruppi) utilizzano per collocare se stesse e gli elementi dello spazio fisico e relazionale. Il presupposto di base è che gli effetti dei processi sociali e cognitivi sul comportamento sociale umano non sono separati. Che siamo soli o in compagnia, infatti:

«i processi sociali sono i modi in cui i nostri pensieri, i nostri sentimenti e le nostre azioni sono influenzati dagli input provenienti dalle persone e dai gruppi che ci circondano»

e, ancora,

«i processi cognitivi sono i modi in cui i ricordi, le percezioni, i pensieri, le emozioni e le motivazioni influenzano la nostra comprensione del mondo e guidano le nostre azioni. Gli effetti di questi processi sono pervasivi, perché noi agiamo e reagiamo in base a ciò che *crediamo* il mondo sia».

(Smith e Mackie, 1998, p. 4).

Sulla base di queste premesse, nella *seconda parte* del lavoro è presentato lo studio sulle relazioni interculturali in ambito sanitario, realizzato in due provincie siciliane con la collaborazione di 90 operatori di diverso profilo professionale (medici, infermieri, ostetrici, personale ausiliario, assistenti sociali e mediatori culturali), che operano o collaborano in settori di area materno-infantile.

Lo studio è stato condotto attraverso un approccio situato che si ispira alla psicologia culturale e attraverso una procedura di analisi multi-metodo. L'intento è stato quello di esaminare la prospettiva interculturale degli operatori sia da un punto di vista quantitativo che qualitativo, cercando di analizzare, altresì, le specifiche situazioni che essi devono affrontare nella vita quotidiana e all'interno dei propri contesti lavorativi. A partire dalle definizioni attribuite al termine intercultura e al significato espresso circa le esperienze di cura professionale con i pazienti migranti, sono stati condotti due studi. Con il primo studio, attraverso una metodologia narrativa e una procedura d'analisi di tipo fenomenologico, si sono volute evidenziare le definizioni emergenti di intercultura, sia sul piano ideale che su quello delle azioni concrete e le eventuali discrepanze tra le due dimensioni. Nel secondo studio è stata utilizzata una metodologia quali-quantitativa e, in particolare, sono state condotte analisi di tipo descrittivo sul contatto interculturale tra i professionisti che hanno partecipato allo studio e i pazienti o le famiglie migranti incontrate nel proprio

ambito lavorativo e, attraverso un'analisi di regressione di moderazione sono stati sottoposti a verifica l'ipotesi del contatto (assumendo come variabile dipendente la qualità percepita durante il contatto in termini di esperienza positiva e piacevole) e gli effetti di moderazione esercitati dalla professione svolta sulla percezione soggettiva dell'interazione con i pazienti migranti in diverse situazioni di contatto (basso, intermedio e alto).

Un capitolo conclusivo è dedicato alle considerazioni finali e alle implicazioni evocate dal quadro sociale, dalla letteratura e anche, nel loro piccolo, dai risultati emersi nella suddetta esperienza di ricerca.

La transizione *idem vs alter* è un'esperienza complessa, critica, ma al contempo necessaria per sviluppare nuove forme di compartecipazione sociale. Il consolidarsi di percorsi migratori di tipo familiare e la proposta di una partecipazione attiva della popolazione migrante alla vita pubblica italiana si inseriscono in uno scenario culturale, sociale e politico attraversato da una profonda crisi, non solo economica, e, mentre il tema della diversità ha assunto dignità giuridica in importanti documenti nazionali ed internazionali, sulla questione '*idem vs alter*' si evidenzia, ancora, la fragilità di un pensiero occidentale costruito sul mito dell'identità, che preclude l'affermarsi di istanze pluraliste e reagisce alla diversità con comportamenti che richiamano l'idea di un ritorno all'etnocentrismo.

«Ogni domanda sull'Altro, sull'alterità, è una domanda su se stessi, sull'identità»

(Beneduce, 2002, p.19).

PARTE PRIMA  
LE FAMIGLIE MIGRANTI NEI SERVIZI DI CURA

## CAPITOLO I: FAMIGLIE MIGRANTI e SERVIZI DI CURA

### *1.1. Flussi migratori: caratteristiche attuali e problematiche.*

La scelta del campo di indagine nella suddetta area delle relazioni di cura professionale, risiede nella peculiarità che contraddistingue i nuovi flussi migratori. Secondo i dati Istat, all'inizio del 2010 i migranti residenti nel nostro paese erano 4.235.059, pari al 7% della popolazione residente totale, mentre le stime riportate nell'ultimo Dossier Caritas Migrantes (2010) rilevano una presenza complessiva di 4.919.000 migranti regolarmente soggiornanti, senza considerare quelle irregolari, che non possono essere calcolate con precisione.

Attualmente, dunque, in Italia la popolazione migrante è in aumento e, in essa, la presenza femminile (calcolata su tutto il territorio) ha superato quella maschile (51,3%).

I dati ufficiali suggeriscono, inoltre, quanto la dinamicità dei flussi contemporanei stia conferendo sempre di più alle migrazioni una dimensione di tipo familiare (Scabini e Rossi, 2008). Due dati sembrano, in tal senso, importanti e riguardano entrambi il numero dei nuovi nati in Italia da famiglie migranti o miste. Nello specifico, nel 2009 il numero delle nascite in famiglie con entrambi i genitori stranieri (oltre 77.000) ha inciso per il 13% sulle nascite complessive, mentre quello delle nascite da madre straniera (17.000) ha incrementato l'incidenza sul totale delle nascite innalzando il dato al 16,5% (Dossier Caritas Migrantes, 2010).

È opportuno, infine, considerare l'eterogeneità culturale di cui si compone la collettività dei migranti regolari residenti in Italia: 21% Romania, 11% Albania, 10% Marocco, per citare le provenienze più numerose, con un aumento dell'11% della popolazione di origine asiatica nel periodo 2008-2009 (Caritas Migrantes su elaborazione dei dati Istat, 2010).

Molti studiosi hanno approfondito le caratteristiche socio demografiche degli attuali percorsi migratori, evidenziandone sia i cambiamenti di tipo strutturale rispetto al passato, sia la sua dimensione familiare.

Innanzitutto, un primo importante cambiamento riguarda la presenza – e prevalenza, come si evince dalle recenti statistiche - di percorsi migratori femminili. I primi flussi migratori verso l'Italia erano infatti caratterizzati da progetti di tipo individuale, nella maggior parte dei casi maschili e a tempo determinato. La migrazione era dunque finalizzata all'accumulo di risorse economiche, da inviare alla famiglia (genitori, fratelli, moglie, figli, ecc.) rimasta nel paese d'origine. Il progetto si concludeva con il ritorno e la riunificazione familiare in patria. Da qualche decennio, la migrazione coinvolge anche le donne e i bambini (che possono essere nati altrove e giunti insieme alla madre o con un altro componente della famiglia, oppure arrivati da soli - come nel caso dei minori non accompagnati – o, infine, nati in Italia). Spesso si è utilizzato il termine “femminilizzazione della migrazione” intendendo non solo un aumento della popolazione migrante femminile che giunge in Italia per ricongiungersi con il marito, ma anche una modificazione dei percorsi migratori in cui le donne si spostano da sole per cercare un lavoro, spinte dal desiderio di realizzare una propria indipendenza e dunque cominciano a costruire la propria identità di genere anche sul lavoro, non solo sul ruolo tradizionale di moglie o di madre (Martin, 2005). Questo cambiamento incide sia sui rapporti tra i sessi nella migrazione sia sulle trasformazioni dei ruoli legati al genere nella vita sociale e, come vedremo, anche familiare, nel nuovo contesto di vita. Ma, se da una parte la migrazione e la conseguente pluralizzazione dei mondi di appartenenza rappresentano una grande risorsa - in quanto sollecitano la persona a scoprire nuovi aspetti di sé - dall'altra, l'ambiguità culturale e relazione, condizioni di vita precarie (difficoltà economiche e abitative) e gli effetti trasformativi e destabilizzanti della transizione migratoria possono incidere pesantemente sui processi di rielaborazione identitaria e sull'adattamento al nuovo ambiente. In questo percorso, gli uomini e le donne gestiscono diversamente la ridefinizione e la risignificazione degli aspetti identitari, dei ruoli e delle attese reciproche, sia all'interno del sistema familiare che nei rapporti con l'esterno. I ruoli maschili (individuali, familiari e sociali), titolati dal diritto, dalla religione e dalla tradizione del paese d'origine - che in quel contesto legittimavano poteri, funzioni e autorità - nel nuovo ambiente di vita perdono consistenza ed espongono gli uomini ad una maggiore vulnerabilità sociale (attribuzione di ruoli sociali marginali) e familiare (senso di inadeguatezza connesso all'indebolimento del

ruolo di principale “breadwinner”)<sup>3</sup>. Tutto ciò, nell’esperienza maschile, può assumere il significato di un vero e proprio attacco identitario e le risposte individuali a una siffatta minaccia possono essere diverse: la perdita di sensibilità, il ritiro preoccupato in se stessi, il fervore ideologico, l’attivismo religioso, l’assimilazione alla cultura e alla religione del paese d’arrivo, l’ancoraggio alle origini, la nostalgia verso un passato mitico distaccato dall’esperienza attuale, o il crollo dinanzi alla scoperta delle discrepanze tra la dimensione ideale e quella reale (Geertz, 1974). Mentre lo spazio intrafamiliare rappresenta per gli uomini un luogo di conferma in cui mantenere inalterata la rappresentazione di sé nei ruoli di marito e di padre, per le donne comincia a diventare anche il luogo in cui rinegoziare la propria posizione sociale e familiare, orientandola verso una maggiore autonomia e reciprocità tra i sessi a partire dalla relazione di coppia. Il percorso femminile segue, dunque, una traiettoria opposta a quella maschile, ma più complessa perché, sulla base delle attribuzioni di ruoli familiari, alle donne – tradizionalmente ritenute responsabili della cura dei legami e del benessere della famiglia - è affidato il compito di mediare tutti gli elementi di discontinuità (tradizione vs modernità) che mettono a dura prova la tenuta della famiglia in termini di equilibrio tra coesione, adattabilità e comunicazione (Olson, Russel e Sprenkle, 1983)<sup>4</sup>. Spesso, il desiderio emancipatorio femminile comincia già prima della migrazione, ma mettere in discussione in terra di immigrazione i rapporti di potere legati al genere può innescare sentimenti di ambivalenza, senso di tradimento verso le proprie origini e verso la cultura familiare che le ha socializzate ai ruoli di donna, moglie e madre.

Il secondo cambiamento – connesso al primo – è la stabilizzazione di famiglie migranti nel territorio italiano. Questa trasformazione ha suscitato l’interesse di molti

---

<sup>3</sup> Come scrive anche Dusi: «accettati solo come “forza-lavoro”, braccia necessarie al sistema produttivo di accoglienza, gli uomini della migrazione apprendono che lo statuto loro concesso nella società d’arrivo è solo quello di lavoratore e di straniero. [...] La fiducia in sé, l’autostima, la sicurezza nelle proprie capacità nonché la certezza del diritto si incrina nell’incontro con un contesto socio-politico che, almeno nei primi anni del progetto migratorio, genera insicurezza, frustrazione, provvisorietà legate a condizioni giuridiche precarie e alla marginalità economica e sociale» (Dusi, 2007, p. 196).

<sup>4</sup> Nel *Modello Circonflesso* di Olson e coll. (1983) il funzionamento familiare dipende dal livello di coesione e adattabilità familiare e dalla qualità della comunicazione tra i membri della famiglia. In particolare, con il termine coesione gli autori si riferiscono alla vicinanza-lontananza emotiva (cognitiva e affettiva) tra i membri della famiglia, mentre con l’adattabilità - o flessibilità - alla capacità familiare di modificare la struttura gerarchica, i ruoli e le regole della relazione dinanzi agli eventi della vita e al fine di superare i compiti evolutivi.

studiosi verso le modalità di costruire o ricostruire la famiglia in terra di migrazione. Si può parlare, infatti, di migrazione di interi gruppi familiari, o soltanto di una parte di essi - per esempio piccoli nuclei monoparentali - o, ancora di formazione di nuove famiglie in fase post-migratoria tra persone che appartengono allo stesso gruppo di provenienza o che hanno una diversa origine culturale - oggi definite “famiglie interculturali”, non solo perché diversa può essere la provenienza all’interno della coppia genitoriale, ma anche perché gli ambienti di socializzazione dei figli hanno caratteristiche culturali differenti da quelle in cui sono cresciuti i genitori, oppure perché i genitori hanno fatto richiesta di adozione internazionale.

Un'altra particolare forma familiare è oggi rappresentata dalle famiglie “transnazionali”, dette anche diasporiche. Si tratta di nuclei familiari dislocati in diverse aree geografiche, per necessità (esili, fughe da catastrofi naturali o da zone di guerra) o come risposta a un preciso progetto migratorio. All’interno della famiglia transnazionale si evidenzia un nuovo concetto di appartenenza che possiamo definire de-territorializzato. In essa, inoltre, si realizzano esperienze, ruoli e funzioni che sono più immaginati che vissuti direttamente, producendo pertanto legami familiari del tutto nuovi ma che ben incarnano il profilo delle attuali famiglie della migrazione (Tognetti Bordogna, 2007a).

Tra i diversi modi in cui la famiglia affronta la migrazione, il ricongiungimento familiare è tra le forme osservate con più attenzione, sia perché ha contribuito a rendere stabili e duraturi nel corso del tempo i progetti migratori nel nostro paese, sia perché da un punto di vista psicosociale, rappresenta il «segno visibile della trasformazione del significato della migrazione» (Favaro, 2001, p. 76). Attraverso il ricongiungimento, la persona che migra diventa cioè socialmente visibile per ruoli diversi da quello di lavoratore straniero provvisoriamente presente. L’arrivo dei familiari, infatti, impone nuovi comportamenti, consumi diversi e un maggiore uso delle risorse e dei servizi del territorio. Già in fase di preparazione, il ricongiungimento presenta difficoltà specifiche. Alcune difficoltà sono di natura burocratica e giuridica. Si pensi per esempio all’iter burocratico che le famiglie devono intraprendere per avviare le richieste di alloggio, l’accesso ai servizi, il rilascio dei permessi di soggiorno e il disbrigo di molte pratiche non sempre facili da comprendere e con tempi di attesa molto lunghi. A ciò si affiancano difficoltà

economiche da affrontare nel paese d'immigrazione, la restituzione degli eventuali prestiti utilizzati per compiere il viaggio e le rimesse da inviare ai familiari rimasti nel paese d'origine. L'esperienza di nuova socializzazione nel territorio d'arrivo può essere segnata anche da difficoltà di tipo psicologico e relazionale, come ad esempio la ridefinizione dei ruoli intrafamiliari, le difficoltà di adattamento climatico e ai nuovi ritmi di vita, senso di solitudine, conflitti con il territorio, etc. Il tempo del ricongiungimento segna, dunque, un "prima" e un "dopo" in cui ciascun membro della famiglia si confronta con il modo in cui tutti gli altri hanno vissuto la migrazione nelle sue diverse fasi (decisione di partire, preparazione del viaggio, separazione e, infine, la riunificazione). Dopo anni di separazione e di distanza, come scrive Balsamo (2006), si è spesso venuto a creare un senso di estraneità e di diffidenza tra i familiari. La ricomposizione comporta per tutti i membri la ricerca di un riposizionamento all'interno della famiglia e un riadattamento reciproco, mentre contemporaneamente si stabiliscono nuovi equilibri e legami anche con l'ambiente esterno. Le diverse rappresentazioni e attese che ognuno ha maturato nel tempo "sospeso" tra la vita nel paese d'origine e la vita nel paese d'arrivo, vengono ridimensionate, modificate, riorganizzate. Non sempre, infine, il ricongiungimento rappresenta una scelta condivisa all'interno della famiglia e, spesso, i figli adolescenti rimasti nel paese d'origine e cresciuti con i nonni, gli zii ecc., vivono in modo forzato e conflittuale questa richiesta.

Prima di addentrarci nel discorso sulla tutela della salute-materno infantile e sul ruolo dei servizi di cura, è opportuno riflettere ancora un po' sui cambiamenti sopra accennati e sul loro impatto nell'esperienza della famiglia in situazione migratoria. Intorno a queste doppie transizioni – culturali e identitarie – emergono, infatti, conflitti personali e relazionali che uomini e donne in migrazione esprimono con comportamenti non sempre decifrabili in modo chiaro. Sia a livello individuale che familiare, tutto ciò produce ripercussioni sul modo di vivere, anche in termini di una maggiore esposizione allo stress, in cui il superamento delle situazioni potenzialmente rischiose dipendono dalla capacità – personale e gruppale - di equilibrare sfide e risorse.

Diversi studi sono stati compiuti in America, a partire dalla metà del 1900, circa il funzionamento della famiglia in relazione ad eventi critici, sia interni che esterni. In



particolare, gli studi all'interno del paradigma del "*Family Stress and Coping Theory*", i ricercatori hanno orientato le proprie considerazioni e gli interventi di supporto familiare sulle risorse che, ad un certo punto, la famiglia organizza per fronteggiare lo stress (to cope), piuttosto che sull'analisi del deficit o del fallimento familiare (Hill, 1949<sup>5</sup>; McCubbin e Patterson, 1981, 1983<sup>6</sup>). Questo approccio, che possiamo definire «salutogenico» (Antonovsky, 1979, 1987), guarda oltre i periodi di «vulnerabilità allo stress», in quanto ogni famiglia possiede un «potere rigenerativo», cioè una capacità più o meno consistente di ripresa (Burr, 1973). Talvolta, però, la quota di stress eccede le possibilità trasformative delle famiglie. Quando nell'esperienza di sé prevale un senso di discontinuità - che nel caso in questione può essere quello cultural, identitario ma anche storico rispetto al ruolo che identità e cultura assumono nella transizione tra le generazioni - la progettualità della famiglia si inceppa in una dimensione a-temporale che inquadra in una cornice immobile gli eventi e le persone, rendendo infinito l'attimo presente e impensabile una risoluzione nel futuro a medio o a lungo termine<sup>7</sup> (Carrà Mittini, 1999).

---

<sup>5</sup> Hill (1949) ha sviluppato il modello ABCX allo scopo di spiegare gli effetti della separazione dei familiari a causa della guerra. In esso si specifica che, in generale, le crisi (X) sono il risultato dell'interazione tra:

- A. eventi stressanti,
- B. capacità di attivare risorse per fronteggiare le difficoltà,
- C. significati attribuiti agli eventi stressanti e considerazioni circa la loro gravità, sulla base della percezione che di tali eventi ha la famiglia.

<sup>6</sup> McCubbin e Patterson (1981, 1983), hanno ideato il "*Family Adjustment and Adaptation Response Model*". Esso rende conto del funzionamento e dell'adattamento familiare quando a periodi relativamente stabili e prevedibili, in cui la famiglia riesce a far fronte alle continue richieste interne o provenienti dall'ambiente sociale, subentrano eventi che oltrepassano le risorse di cui la famiglia dispone e rompono l'equilibrio producendo vere e proprie crisi che richiedono, sulla base di cambiamenti più profondi, il riconoscimento dell'urgenza di una riorganizzazione familiare più consona. Il raggiungimento di definizioni condivise tra i familiari circa l'evento stressante, insieme all'avvio di tentativi specifici di risoluzione delle tensioni, inaugura un periodo di adattamento in cui la famiglia può rafforzare la sua unione e consolidare le nuove modalità di funzionamento. In particolare, secondo gli autori, le strategie adottate dalle famiglie possono essere:

- *evitamento*, negazione o sottostima delle richieste di cambiamento in attesa che, col tempo, le esigenze vengano automaticamente soddisfatte;
- *eliminazione*, svalutazione delle richieste che comportano cambiamento;
- *assimilazione*, fronteggiamento più maturo delle esigenze evolutive che accoglie da una parte richieste di stabilità strutturale e dall'altra quelle di cambiamento nelle relazioni.

<sup>7</sup> Carrà Mittini (1999) in particolare, individua alcune tipologie di famiglie relative a quattro dimensioni di rischio. Esse sono le *famiglie rischiate*, su cui ricadono elementi problematici non risolti a loro tempo dalle precedenti generazioni; le *famiglie messe alla prova*, alle prese con il fronteggiamento di un evento che irrompe nella vita dei suoi membri, spezzando gli equilibri; le *famiglie che vivono*

In questi casi, si rende fondamentale sia la capacità della famiglia di rivolgersi alla propria rete sociale e chiedere aiuto ai servizi del territorio, sia la capacità dei servizi di rispondere adeguatamente ai bisogni della famiglia.

In questo modo, partecipazione ed empowerment attivano percorsi di resilienza in cui la crisi può essere riletta e trasformata in nuova risorsa (Walsh, 2008). Quando ciò - per diverse concause - non accade, il disagio può esprimersi altrimenti: attraverso il corpo (disagi e malattie fisiche e psichiche) e attraverso forme di comportamento pericolose per la salute o sanzionabili come reato (per esempio, comportamenti antisociali o aggressivi e violenze domestiche).

Da un punto di vista clinico, diverse ricerche hanno evidenziato che la migrazione può rappresentare un'esperienza stressante con costi psicologici ed emotivi tanto elevati da condurre, talvolta, a rischi per la salute e il benessere della famiglia.

Come scrive Nathan (1996), migrare vuol dire perdere i luoghi, gli odori, i suoni e un insieme di contatti originari che costituiscono un involucro culturale identitario.

Il cambiamento dei riferimenti sociali, ecologici e culturali al momento dell'arrivo può generare uno shock culturale, provocare cioè vissuti di perdita tanto più profondi quanto più grande è la diversità tra il paese d'origine e quello di immigrazione. Oppure, al contrario, la forte somiglianza tra il paese d'origine e quello d'immigrazione si può innescare esperienze di vita fallimentari (goal striving stress), in quanto questa alimenta nel migrante l'illusione di poter percorrere i medesimi obiettivi che non aveva potuto realizzare, o ha dovuto interrompere, nella sua terra d'origine (La Barbera, 2005). Infine, il contatto con la cultura del paese di immigrazione può esitare in dinamiche di esclusione, marginalizzazione o di assimilazione che depauperando la cultura originaria del migrante, ne minacciano anche il senso d'identità (Capozza, Brown, 2000; Berry, Poortinga, Segall e Dasen, 1992; Bornstein e Cote, 2007; Berry, 2007)

Occorre precisare che non è tanto la migrazione in sé, ma alcune condizioni di vita correlate allo status di migrante esercitano un impatto negativo sulla salute

---

*transizioni difficili*, ovvero che presentano le difficoltà di gestire il passaggio tra vecchie e nuove modalità organizzative e di riprogettare uno stile più funzionale di adattamento alla luce dei cambiamenti avvenuti; infine, le *famiglie che scelgono il rischio*, caratterizzate dalla assunzione di comportamenti irresponsabili (Di Vita e Merenda, 2004).

psico-fisica. Alcuni fattori di rischio riguardano la persona o il gruppo familiare in migrazione. Per esempio, condizioni di vita precarie nei paesi d'origine (povertà, guerre, etc.) o nel paese d'arrivo (marginalizzazione sociale, esclusione, difficoltà a trovare un lavoro, rimpatrio etc.) ed esperienze migratorie traumatiche presentano una correlazione con diverse forme di psicopatologia - PTSD, somatizzazioni, anoressia e psicosi - alla contrazione di malattie infettive - TBC, AIDS/HIV, epatite B - alla compromissione della salute materno-infantile e ad altre patologie quali il diabete e il tumore allo stomaco. Altri fattori di rischio che incidono sul benessere del migrante sono tuttavia presenti anche nel sistema sanitario del paese di arrivo ed in particolare, si legano al rischio di una minore visibilità sociale e diagnostica in situazione migratoria e dunque ad una limitazione alla possibilità di realizzare percorsi di cura in termini di prevenzione oltre che di trattamento. Queste difficoltà specifiche del sistema sanitario sono: la difficoltà a comunicare (capire e farsi capire), la scarsa conoscenza del sistema sanitario nazionale da parte della popolazione migrante (*health literacy*), l'inadeguatezza dei servizi sanitari rispetto ai nuovi bisogni di salute, la mancanza di specifiche competenze interculturali, la presenza di pratiche assistenziali inadeguate e la presenza di pregiudizi e stereotipi (Chiarenza, 2007).

## *1.2 Migrazioni familiari e tutela della salute materno-infantile*

«Health is created and lived by people within the settings of their everyday life; where they learn, work, play and love. Health is created by caring for oneself and others, by being able to take decisions and have control over one's life circumstances, and by ensuring that the society one lives in creates conditions that allow the attainment of health by all its members. Caring, holism and ecology are essential in developing strategies for health promotion»<sup>8</sup>.

(WHO,1986).

---

<sup>8</sup> La salute è creata e vissuta dalle persone all'interno degli ambienti organizzativi della vita quotidiana: dove si studia, si lavora, si gioca e si ama. La salute è creata prendendosi cura di se stessi e degli altri, essendo capaci di prendere decisioni e di avere il controllo sulle diverse circostanze della vita, garantendo che la società in cui uno vive sia in grado di creare le condizioni che permettono a tutti i suoi membri di raggiungere la salute. Assistenza, olistismo ed ecologia sono questioni essenziali nello sviluppo delle strategie per la promozione della salute.

L'Organizzazione Mondiale della Sanità definisce la salute come una risorsa della vita quotidiana che non riguarda l'assenza di malattia, quanto invece la possibilità che una persona o un gruppo possano realizzare un completo stato di benessere fisico, mentale e sociale.

Da un punto di vista comunitario, promuovere la salute significa attivare *tre azioni essenziali* (Lemma, 2005):

- sostenere il diritto alla salute come un diritto fondamentale di tutti gli uomini e di tutte le popolazioni, perseguibile attraverso il controllo di tutti i fattori politici, economici, sociali, culturali e ambientali che potrebbero minacciare lo sviluppo personale, sociale ed economico di una persona o di un gruppo (*to advocate*);

- mettere tutte le persone o gruppi nelle condizioni di disporre di apprendere informazioni, valutare opinioni e atteggiamenti, decidere su questioni che riguardano il proprio benessere e acquisire la capacità di agire mettendo in atto comportamenti favorevoli alla propria salute (*to enable*);

- infine, costruire benessere vuol dire mediare gli interessi contrapposti affinché, all'interno di una società, la salute sia un bene raggiungibile e condiviso da tutti (*to mediate*).

L'attuazione delle azioni necessarie per promuovere la salute riguarda inoltre diversi ambiti o *aree strategiche*, come per esempio:

- la costruzione di una politica pubblica per la salute;
- la creazione di ambienti favorevoli;
- il coinvolgimento e la partecipazione delle persone all'interno delle comunità locali sulle questioni che riguardano lo sviluppo dei servizi e la tutela della salute;
- lo sviluppo delle capacità personali (autostima ed empowerment) affinché ciascuno possa raggiungere appieno il potenziale di sviluppo;
- e, infine, riorientare i servizi sanitari.

La definizione salutogenica (Antonovsky, 1996) del benessere ci consente di evidenziare alcuni aspetti importanti, utili a riconsiderare il riconoscimento della persona, dei suoi diritti e dei suoi bisogni di salute all'interno della relazione di cura. Il primo è che il benessere individuale può essere raggiunto attraverso la possibilità di accedere alle risorse. Il secondo è che il benessere collettivo dipende dalla

possibilità che tutti possano godere di un'equa distribuzione delle risorse e del potere d'accesso alle risorse.

Accessibilità ed equità sono temi che legano il benessere e il miglioramento della qualità della vita di tutti al tema della giustizia sociale e della partecipazione alla cittadinanza e riguardano, in modo particolare, le fasce più deboli della società, quelle che hanno un accesso limitato agli strati del potere economico, culturale e sociale (Prilleltensky, 2007).

All'interno di questa prospettiva, si inserisce anche il discorso sulla tutela della salute di persone e gruppi in situazione migratoria. Prima di evidenziarne gli elementi chiave, e in riferimento alla protezione materno-infantile, occorre recuperare la cornice normativa ed esperienziale in cui l'Italia oggi si inserisce in questo discorso.

#### *1.2.1. Evoluzione normativa*

Il percorso del diritto all'assistenza sanitaria dei migranti in Italia è relativamente recente e complesso. L'art. 32 della Costituzione italiana sancisce il diritto universale alla salute: «La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività e garantisce cure gratuite agli indigenti». Nel testo si considera, dunque, di diritto dell'*individuo* - categoria sovraordinata rispetto a cittadino - ovvero, di chiunque si trovi all'interno dei confini dello Stato italiano (Poli, 2003). Nonostante ciò, come affermano Geraci, Martinelli e Olivani (2003), mentre il diritto alla tutela della salute dei cittadini italiani si è sviluppato costantemente, sia sul piano giuridico che su quello operativo (SSN), per molto tempo di diritto alla salute dei migranti presenti in Italia si è parlato in modo confuso e frammentato, attraverso una serie di reiterazione e cadute di decreti legge che hanno generato una certa provvisorietà normativa, incertezza sulla corretta applicazione delle leggi e scarsa informazione.

In qualche modo, la presenza dei migranti (spesso l'emergenza clandestini) ha generato processi di categorizzazione che hanno suddiviso gli individui tra cittadini e non, riflettendo processi di attribuzione ingroup - outgroup (legittimo - illegittimo, legale - illegale, regolare - irregolare e così via) che hanno evocato il definirsi di una categoria di soggetti invisibili (non-persone) rispetto ad una serie di diritti, tra cui quello alla salute (Da Lago, 1999), creando «una certa contraddizione nell'impegno

formale ed ufficiale ad assistere una persona che non dovrebbe esistere» (Guzzanti, 1995)<sup>9</sup>

Tra gli anni '70 e i '90 il quadro normativo sull'assistenza sanitaria agli immigrati può essere ricondotto a quattro fonti legislative. La prima è la Riforma Sanitaria 833 del 1978, in cui viene istituito il Servizio Sanitario Nazionale e in cui all'art. 6 si esplicitano le funzioni di assistenza sanitaria agli stranieri in Italia e agli apolidi, da svolgere nei presidi già esistenti, nei limiti e alle condizioni poste dagli accordi internazionali. La seconda è il Decreto Legge 663/1979 (convertito successivamente nella Legge 33/1980), in cui si distingue tra stranieri residenti e stranieri presenti in Italia. In particolare, all'art. 5 viene stabilito che - fermo restando alle indicazioni della precedente normativa (833/1978) - agli *stranieri residenti* è data facoltà di iscriversi negli elenchi del SSN e fruire dell'assistenza; agli *stranieri presenti* entro i confini dello Stato viene assicurata l'assistenza solo per le cure urgenti (malattia, infortunio e maternità) e all'art. 63 vengono stabilite le modalità di partecipazione alla spesa sanitaria e il pagamento delle rette di degenza a carico degli stranieri. Il terzo riferimento è la Legge 943 del 1986, che viene considerata la prima legge specifica sull'immigrazione e che introduce un'ulteriore specificazione rispetto allo status di migrante e al suo diritto di assistenza. In particolare, viene riconosciuta la parità dei diritti tra i lavoratori italiani e i lavoratori stranieri e, dunque, nell'art. 1. viene esplicitato ai *lavoratori stranieri* il riconoscimento del diritto all'uso dei servizi sociali e sanitari. Infine, la Legge 39 del 1990 (detta Legge Martelli), consente all'art. 9 la regolarizzazione e iscrizione dei cittadini extracomunitari e apolidi (che non hanno assistenza sanitaria ad altro titolo) al SSN e negli elenchi dell'Unità Sanitaria Locale (USL) del comune di effettiva dimora. Di fatto, la complessità interpretativa di queste leggi, ha sortito l'effetto di rendere poco fruibili i servizi sanitari ai migranti, lasciando gli operatori sociosanitari - che effettivamente si trovavano a gestire i rapporti di cura - in una situazione di tensione e di frustrazione. Lentamente e grazie al contributo di diverse associazioni di volontariato, che cercavano di rispondere ai bisogni di salute dei migranti, i buchi assistenziali hanno cominciato a riempirsi di una maggiore informazione e sensibilizzazione sul tema (Geraci, 2001).

---

<sup>9</sup> cfr. Atti della XII Commissione Parlamentare, 7 febbraio 1995

Da un punto di vista normativo, il 1995 rappresenta uno spartiacque. Vengono approvati due importanti decreti legge. Il primo è il DL 20/1995, che garantisce agli immigrati regolari disoccupati la possibilità di iscriversi gratuitamente al SSN. Il secondo è il DL 489/1995 (Decreto Dini) in cui all'art. 13 agli *stranieri temporaneamente presenti* nel territorio dello Stato sono assicurate, nei presidi pubblici e accreditati, sia le cure ambulatoriali e ospedaliere - essenziali e continuative - per malattia e infortunio, sia la partecipazione ai programmi di medicina preventiva che, infine la tutela sociale della gravidanza e della maternità responsabile, come previsto per le cittadine italiane. Inoltre, il decreto stabilisce che l'accesso dello straniero alle strutture sanitarie non può comportare alcun tipo di segnalazione - tranne nei casi in cui, a parità di condizioni con il cittadino italiano, si rende necessaria la comunicazione del referto - e che la richiesta di prestazioni preventive e di tutela della maternità e della gravidanza non comporta nessun onere, salvo le quote previste di partecipazione alla spesa sanitaria. Quest'ultimo DL è importante perché, prima della sua formulazione, l'unica porta d'ingresso alle cure per i non iscritti al SSN (ovvero immigrati irregolari, profughi, richiedenti asilo, e così via) era il Pronto Soccorso, «con una serie di limitazioni ed ostacoli che comunque ne scoraggiavano l'uso se non in quei casi di estrema necessità: l'addebito delle spese sostenute per un eventuale successivo ricovero, la segnalazione in Prefettura, comunque necessaria qualora l'ospedale volesse recuperare le spese, se non addirittura alle forze di polizia che spesso "convivono" con questo servizio» (Geraci, 2001, p. 12).

Nonostante questi articoli si inseriscano in una cornice normativa e in un clima politico non favorevole agli immigrati - come ricorda Dal Lago (1999), il Decreto Dini del 1995 sancisce «il principio della chiusura delle frontiere e delle espulsioni come risposta all'«emergenza»» (Dal Lago, 1999, p. 27) - il diritto alla salute viene finalmente recepito come diritto per tutti gli stranieri, anche se irregolari o clandestini, e rispetto sia alle cure ordinarie che continuative è mantenuto nell'evoluzione successiva del quadro normativo.

In questo periodo le associazioni locali e la SIMM (Società Italiana di Medicina delle Migrazioni) assumono un ruolo centrale nella interlocuzione con il Governo ([www.simmweb.it](http://www.simmweb.it)) e, nonostante una serie di difficoltà legislative, si giunge

finalmente ad un'altra importante tappa nella storia della normativa in materia, ovvero al 1998, anno in cui viene emanato il Decreto Legislativo 286/1998 dal titolo *Testo Unico delle disposizioni concernenti la disciplina dell'immigrazione e norme sulla condizione dello straniero* (detto anche Legge Turco- Napolitano) e, successivamente, nel 1999 è pubblicato il Regolamento attuativo (D.P.R. 394). Rispetto al TU (286/1998), di particolare interesse in materia di sanità sono gli articoli 34, 35 e 36. Per quanto riguarda gli effetti sulla salute e sulle condizioni di benessere delle donne, due punti importanti sono l'art. 18, che consente la regolarizzazione delle donne vittime di tratta per prostituzione con l'acquisizione di un permesso di soggiorno temporaneo che garantisce un periodo di protezione sociale (rinnovabile per motivi di studio o lavoro) e l'art. 19. che riguarda il rilascio di un permesso di soggiorno alle donne presenti irregolarmente e si trovano in stato di gravidanza o nel puerperio (fino a sei mesi dopo il parto). Per quanto riguarda il dispositivo attuativo, occorre evidenziare l'articolo 43 - gli altri articoli relativi all'argomento sono l'art. 42 e l'art. 44 - che specifica la modalità di erogazione delle prestazioni nei confronti di stranieri privi di permesso di soggiorno attraverso un codice regionale detto STP (Straniero Temporaneamente Presente). Il codice STP rispetta l'anonimato del soggetto. È rilasciato dalle AUSL, dalle Aziende Ospedaliere, dall'IRCCS e dai Policlinici Universitari, indipendentemente dal domicilio del richiedente ed è riconosciuto su tutto il territorio nazionale. L'STP, inoltre identifica l'assistito per tutte le prestazioni sanitarie previste e ha una validità di sei mesi (rinnovabile). Il regolamento attuativo tiene inoltre conto delle condizioni di indigenza che, spesso si aggiungono alla condizione di irregolarità. Infatti, attraverso un'autodichiarazione di indigenza, l'assistito può chiedere all'ente sanitario di essere esonerato dalle spese. Analogamente a quanto accade per cittadini italiani nelle medesime condizioni, il codice STP permette, infine, l'esenzione dal pagamento del ticket per tutte le prestazioni di primo livello, in caso di patologia o di prevenzione. l'esenzione dal pagamento del ticket è ponderata in base all'età e/o al reddito e sono gratuite anche le prestazioni durante la maternità, la gravidanza e per l'IVG.

Dopo l'emanazione del TU, sono state attivate programmazioni su base nazionale (PSN) e diverse politiche regionali in favore della convivenza interculturale,



dell'integrazione sociale degli stranieri immigrati e delle loro famiglie, del miglioramento dell'assistenza e delle condizioni di vita.

Nel 2002, la Legge 189 (Legge Bossi-Fini) anche se non modifica, di fatto, la normativa in tema di salute, pone nuovamente l'attenzione sulla sullo straniero e in particolare stabilisce una serie di restrizioni che fanno riferimento alla sua visibilità esclusivamente nel ruolo di lavoratore. Ciò acuisce sempre di più il divario tra due tipi di presenza, economica (riconosciuta) e sociale (misconosciuta), restituendo una rappresentazione del migrante appiattita sulle sue capacità produttive (Affronti, 2003).

All'inizio del 2007, in concomitanza con l'ingresso della Bulgaria e della Romania nell'UE, si è posta una nuova contraddizione al SSN italiano. Come tutti i cittadini comunitari i bulgari e i rumeni possono circolare liberamente nell'UE e richiedere cure mediche esibendo una Tessera Europea di Assicurazione Malattia (TEAM). Di fatto però si è verificato che in molti casi di fragilità sociale questi cittadini non fossero in possesso di questo documento, né risultassero iscritti nelle liste del SSN del loro paese di provenienza. Le soluzioni proposte hanno riguardato interventi su tutto il piano nazionale (il rinnovo della tessera STP in questi casi particolari) e l'emanazione di alcuni atti formali a livello regionale per garantire l'erogazione delle cure e percorsi assistenziali in situazioni di fragilità sociale, ma come hanno potuto segnalare diversi operatori, la sanità pubblica in questo periodo non ha potuto rispondere adeguatamente ai bisogni di salute di questa porzione della popolazione migrante presente in Italia, soprattutto di quella più a rischio (famiglie indigenti, bambini, donne in gravidanza).

Tra il 2008 e il 2009 la sanità pubblica italiana risente l'effetto di un clima di criminalizzazione dello straniero irregolare attraverso la notizia dell'introduzione del reato di clandestinità nella normativa in materia di immigrazione. Si tratta del cosiddetto Pacchetto Sicurezza che, tra le altre modifiche che intendeva apportare al Testo Unico sull'immigrazione (DL 286/1998), minacciava in particolare l'abrogazione del comma 5 con il quale si ribadisce che l'accesso alle strutture sanitarie da parte dello straniero non in regola con il permesso di soggiorno, non comporta alcun tipo di segnalazione all'autorità – tranne nei casi in cui a parità di condizioni con il cittadino italiano è obbligatorio il referto- come, peraltro,

precedentemente previsto dal già citato art. 13 del DL 489/1995. Ciò ha creato una grande mobilitazione in Italia che ha coinvolto sia la popolazione migrante che i cittadini italiani, i professionisti di diversi settori, le associazioni religiose, il volontariato, comitati scientifici, gli ordini professionali e l'opinione pubblica. La notizia di una possibile abrogazione del divieto di denuncia all'autorità di polizia da parte del personale sanitario ha comportato di fatto una riduzione dei migranti sia negli ambulatori dedicati che nelle strutture sanitarie in genere, creando un allarme che ha rischiato di riportare indietro il percorso normativo svolto a garanzia del diritto alla salute di tutti. Diverse campagne di informazione, protesta e rassicurazione sono state organizzate dalle associazioni, dalle società scientifiche e dalla popolazione civile (Campagna Divieto di Segnalazione, [www.divietodisegnalazione.medicisenzafrontiere.it](http://www.divietodisegnalazione.medicisenzafrontiere.it)).

Nel luglio 2009, dopo vari rinvii e l'attesa modica dell'articolo che prevedeva l'abrogazione del divieto di segnalazione, la legge sulla sicurezza viene definitivamente approvata in Senato (L. 94/2009) <sup>10</sup>. La legge, recante "Disposizioni in materia di sicurezza pubblica", entra in vigore l'8 agosto dello stesso anno e introduce il reato di ingresso e/o soggiorno illegale. Il 1 dicembre del 2009, su richiesta della SIMM (Società Italiana di Medicina delle Migrazioni), MSF (Medici Senza Frontiere), OISG (Osservatorio Italiano sulla Salute Globale), ASGI (Associazione Studi Giuridici sull'immigrazione), il Ministero dell'Interno chiarisce con una circolare che la L. 94/2009, nonostante l'introduzione di tale reato, mantiene in vigore quanto previsto dall'art. 35 del TU 286/1998, ovvero il divieto di segnalazione. «Conseguentemente – è scritto nella nota del Prefetto<sup>11</sup> - continua a trovare applicazione, per i medici e per il personale che opera presso le strutture sanitarie, il divieto di segnalare alle autorità lo straniero irregolarmente presente nel territorio dello Stato che chiede accesso alle prestazioni sanitarie, salvo il caso, espressamente previsto dal comma 5, art. 35 cit., in cui il personale medesimo sia tenuto all'obbligo del referto, ai sensi dell'art. 365 del codice penale, a parità di condizioni con il cittadino italiano [...] Tale obbligo, particolare, non sussiste per il reato di ingresso e soggiorno illegale nel territorio dello Stato, introdotto dall'art. 1,

---

<sup>10</sup>cfr. Supplemento della Gazzetta Ufficiale del 24 luglio 2009

<sup>11</sup> cfr. Circolare Ministeriale n.12/09, Dipartimento per le libertà civili e l'immigrazione, 1 dicembre 2009

comma 16 della legge n. 94, cit., attesa la sua natura di contravvenzione e non di delitto». La circolare ministeriale, inoltre, evidenzia la non obbligatorietà del referto nel caso in cui questo esporrebbe l'assistito a procedimento penale (L. 94/2009, art. 365, comma 2) e che l'accesso alle prestazioni sanitarie non richiede l'esibizione del documento di soggiorno ([www.simmweb.it](http://www.simmweb.it)).

### 1.2.2. Esperienze

La famiglia migrante acquista maggiore visibilità nella comunità d'arrivo dal momento in cui necessita di servizi e partecipa a *cerchi di appartenenza* sociale in cui condividere il proprio ruolo di genitore, figlio, lavoratore, allievo, utente – cliente e così via, insieme ad altri membri della popolazione autoctona (Favaro, 2001).

Di migranti, prima che di politiche sanitarie rivolte ai migranti, si comincia a parlare intorno agli anni '80, quando in diversi ambulatori di varie realtà locali italiane gli operatori cominciano ad organizzarsi in modo spontaneo e non coordinato per garantire il diritto di assistenza anche agli stranieri che cominciavano ad arrivare e a rivolgersi ai servizi (Geraci, 2009).

Nel corso del tempo, la presenza di famiglie comincia a cambiare non solo lo scenario migratorio ma anche quello dei servizi. Gli operatori cominciano a confrontarsi con modi diversi di comunicare ed esprimere la fisicità, di alimentarsi. Questi incontri portano altri modi di stabilire i legami tra le generazioni e tra i sessi, altri modi di concepire l'infanzia, la cura familiare, il legame con il partner e con i figli, diverse rappresentazioni della salute e della malattia.

Tutto ciò, propone un ripensamento organizzativo dei servizi, pena l'impossibilità d'incontro di prevenzione e di risposta, a partire dai modelli di lavoro tradizionali non più in grado di accogliere tutte le richieste di aiuto. La tipologia di domande che le famiglie migranti rivolgono ai servizi è più complessa e richiede competenze interculturali, conoscenze sulle normative vigenti, capacità di ascolto delle biografie e delle storie migratorie personali e familiari e, infine, un approccio metodologico che consenta di riflettere su rappresentazioni, stereotipi e pregiudizi. La necessaria integrazione tra i servizi territoriali è nei fatti un'azione complicata, delicata e faticosa in quanto dovrebbe evitare la settorializzazione delle risposte e la frammentazione delle persone (Fumagalli, 2007).

Il confronto con il paziente migrante pone difficoltà che variano dalla diversità linguistica a quella culturale. La comunicazione è parte essenziale per la creazione della fiducia di base tra medico (o più in generale, operatore della salute) e paziente e assume un ruolo centrale nel processo diagnostico e di cura, in quanto è estremamente importante che le informazioni vengano trasmesse in modo appropriato e funzionale.

Tra le problematiche da superare, gli operatori segnalano, generalmente, la difficoltà di rendere accettabili le visite mediche, soprattutto ginecologiche, da parte di medici di sesso maschile con donne di provenienza araba, o la scarsa conoscenza dei diversi orientamenti culturali (per esempio verso l'alimentazione, l'igiene, la sessualità, la procreazione e la contraccezione) e, ancora, la difficoltà di far comprendere al paziente migrante il funzionamento e le pratiche organizzative del sistema sanitario (Barbieri, 2008).

Il continuo e crescente confronto con le richieste di salute da parte della popolazione migrante, ha reso di fatto i luoghi della cura sociale e sanitaria veri e propri laboratori interculturali. Numerose sono le esperienze che accrescono negli operatori della salute il desiderio di affrontare più consapevolmente il cambiamento organizzativo e di dividerlo con i colleghi e con altri settori professionali pubblici e privati.

L'input è dato prevalentemente dalla forte presenza di donne migranti negli ambulatori di ostetricia e ginecologia per le quali sono stati pensati percorsi dedicati o comuni alle donne italiane (Pillitteri, 2008; dal Verme, 2009; Cattaneo, 2009; Bruni, 2009; Piro, Benfante e D'Anna, 2009; Biraghi, Montanari e Re, 2008). All'interno delle strutture sanitarie, diverse figure professionali (ostetrici, ginecologi, pediatri, infermieri, puericultori, assistenti sociali, mediatori linguistico-culturali, psicologi e così via), hanno cominciato a fare esperienza sul modo in cui affrontare insieme alle madri migranti il nuovo tipo di problematiche, di bisogni e di soluzioni possibili. Qualche volta la presenza del marito/compagno nei percorsi di accompagnamento alla nascita o durante le visite ginecologiche è una scelta voluta all'interno della coppia, altre volte costituisce una necessità perché gli uomini parlano meglio l'italiano.

Nonostante le difficoltà comunicative che rendono più complessa l'organizzazione dei servizi e la necessità di una presenza stabile di un mediatore linguistico culturale, la partecipazione delle famiglie migranti ai corsi di preparazione al parto produce vantaggi sulla reciproca conoscenza che rassicura entrambe le parti sul "cosa accadrà" in ospedale al momento del parto, su "cosa è necessario portare con se" e su "come" comincia a prendere forma nella mente dei genitori questo evento importante.

Il tema della nascita e della crescita del bambino diventano occasione di scambio reciprocamente utile. Spesso, infatti, gli operatori dei servizi raccontano che la condivisione delle usanze e delle abitudini sulla cura dei bambini nei diversi paesi d'origine, può essere utilizzata come risorsa per tutte le famiglie e per lo sviluppo del servizio stesso: «alcune donne africane per esempio ci hanno insegnato e spiegato come legare il foulard per tenere legati al proprio corpo i bambini, altre raccontano come hanno partorito le loro madri o come vengono assistite e accudite le puerpere, nel loro paese, dalle altre donne del vicinato e della famiglia» (La Mantia, Bevolo, Manghi e Foracchia, 2009, p. 240). Ciò apre la comunicazione anche sui sentimenti profondi legati all'evento nascita, alla migrazione e alle difficoltà attuali: diventano un importante osservatorio sui fattori di rischio sia sanitario che psicosociale, ma non solo. Queste esperienze, intense dal punto di vista emotivo, generano legami sociali che possono essere trasferiti al di fuori della struttura sanitaria: «spesso la presenza di padri stranieri o di coppie miste contribuisce a sfatare pregiudizi sui ruoli familiari, a permettere ai padri di concedersi qualche divagazione sul cambiamento e sulle difficoltà di sostenere le madri, a puntualizzare l'importanza e la responsabilità del condividere l'educazione del bambino. Le neomamme invece si scambiano consigli e strategie vincenti ... c'è sempre un gran brusio di fondo e i piccolini cominciano a guardarsi tra loro e a scambiarsi sorrisi, inconsapevolmente, spontaneamente, già da così piccini hanno trovato un modo universale di comunicare» (ib. p. 243).

Anche la presenza dei bambini migranti nel sistema sanitario nazionale avvia la riflessione su alcune questioni chiave da parte degli operatori della salute. Innanzi tutto, che i percorsi dei bambini possono definire diversi bisogni di salute a seconda che essi siano stati adottati, nati in Italia da genitori regolari o presenti irregolarmente, emigrati con i genitori o non accompagnati, figli di nomadi, figli di

rifugiati politici, arrivati in Italia dopo una lunga separazione dai genitori e così via. La seconda questione riguarda due aspetti critici, uno di tipo istituzionale, l'altro di tipo culturale. La criticità istituzionale riguarda la mancata iscrizione negli elenchi dei pediatri di famiglia di molti bambini figli di genitori presenti irregolarmente in Italia – che contravverrebbe il diritto di assistenza sanitaria come indicato nella Dichiarazione dei diritti dell'infanzia recepita dall'Italia nel 1991 – e il problema dell'acquisizione della cittadinanza italiana, che attualmente può essere richiesta al compimento dei 18 anni - mentre i figli delle famiglie italiane l'acquisiscono per eredità alla nascita (*ius sanguinis*) – e può interferire notevolmente sullo sviluppo del senso di sicurezza e di appartenenza del bambino. La criticità culturale riguarda invece lo sviluppo di competenze interculturali idonee da parte degli operatori della salute dinanzi ad un fenomeno che si sviluppa e si trasforma molto più velocemente rispetto alla capacità di adattamento e disponibilità di risorse all'interno dei servizi. Dinanzi a un quadro sociale così mutevole, infatti, è indispensabile fornire agli operatori strumenti di supervisione e formazione periodica, spazi per risolvere le incomprensioni interculturali (Lo Giudice, 2003a; Lo Giudice, 2003b; Lo Giudice e Sisto, 2009).

### *1.3. Vulnerabilità e resilienza familiare in migrazione: il ruolo dei servizi*

Come accennato all'inizio, diversi studi hanno evidenziato quanto il periodo del primo insediamento sottoponga la persona o il gruppo familiare che migra a una pressione psicologica detta *stress da transculturazione*.

Tra i fattori stressanti post-migratori, la separazione dalla famiglia, le problematiche connesse alla richiesta d'asilo, la paura di essere rimpatriati, la difficoltà a trovare un lavoro, la necessità di una rete di supporto sociale e di accedere ai servizi sociali e sanitari, esercitano un ruolo importante nello sviluppo di Disturbi Post Traumatici da Stress (PTDS), anche in soggetti che non hanno subito in fase pre-migratoria eventi particolarmente traumatici (Geraci, Maisano e Mazzetti, 2005; Carrer, Catino, Lafuente, Aragona, Mazzetti, Maisano e Geraci, 2009).

Rispetto alla relazione tra stress e trauma, occorre constatare che, da un punto di vista soggettivo, un evento è stressante in funzione del significato che la persona gli attribuisce nel corso della sua esperienza (Guidano, 1998) e che, inoltre, si può

ritenere stressante quell'evento o quegli eventi che, all'interno di una cultura, sono considerati destabilizzanti dalla maggior parte delle persone (Reiss e Oliveri, 1991).

Al di là del fatto, cioè, che si può incorrere in eventi che hanno un potenziale traumatico oggettivamente elevato e insostenibile per tutti (come per esempio catastrofi, torture, violenze, etc.), il modo di affrontare le situazioni traumatiche dipende anche dalle caratteristiche dei soggetti coinvolti e dalle caratteristiche del loro ambiente, che insieme definiscono la possibilità di resistere agli urti della vita, chiamata *resilienza*.

Un evento critico può essere dunque valutato come *soggettivamente* stressante e generare risposte di disperata impotenza, o attivare adeguate strategie di coping, in base al sentimento della propria vulnerabilità rispetto ad esso (Allen, 1995).

Gli studi riportano che le risposte individuali allo stress sono mediate dalla organizzazione cognitiva, affettiva e difensiva della persona o del gruppo e la risoluzione di un periodo critico dipende anche da come un evento viene "processato" psicologicamente. Ciò rimanda alla qualità delle relazioni oggettuali allo sviluppo dei processi di mentalizzazione (Fonagy e Target, 2001) e alla capacità di attivare richieste di aiuto e protezione correttamente orientate, sia in famiglia che nell'ambiente sociale più ampio. Una valutazione positiva di se stessi e la fiducia di poter essere aiutati, insieme ai processi di trasmissione transgenerazionale di pattern di attaccamento sicuri, costituiscono risorse protettive individuali e familiari, una sorta di *mediatori dello stress*, che consentono alle famiglie e ai loro membri di stare bene anche in situazioni di attraversamento del rischio (Lingiardi, 2001).

Accanto alle capacità di recupero personale, anche dinanzi ad esperienze di crescita traumatiche (*resilience*), la rete sociale formale (servizi sociosanitari, agenzie educative o per il tempo libero) e informale (la parentela, gli amici, il vicinato, i colleghi di lavoro), assume un importante ruolo di modulatore dello stress (Malagoli Togliatti, Lubrano Lavadera 2002), e nel fornire modelli alternativi di relazione sana, in cui prendere realisticamente consapevolezza del proprio valore.

Il concetto di vulnerabilità in situazione migratoria non è da intendersi perciò all'interno di una relazione di causalità lineare con la migrazione, ma riguarda piuttosto alcune difficoltà contestuali legate a percorsi di vita ed esperienze che sono, in particolare, segnate da percezione di distacco profondo e perdita di riferimenti

sociali e culturali, talvolta vissuti tanto forte da rendere problematico lo sviluppo della funzione genitoriale. Si tratta, dunque, di condizioni in cui intervengono fattori psicologici, sociali, culturali e ambientali che rendono potenzialmente sfavorevole uno sviluppo sano. Forme di disagio così rilevanti possono essere trasformate quando la persona, la famiglia o il gruppo riescono a superare con successo le difficoltà e a gestirle con intraprendenza e vitalità. Lo sviluppo dei fattori di resilienza e l'incontro con persone o gruppi in grado di svolgere una funzione protettiva possono rappresentare risorse fondamentali utili al traghettaggio e al superamento eccellente del periodo critico (Finzi, 2009; 2009b).

Enfatizzare sulle mancanze, sui bisogni, piuttosto che sulle risorse da promuovere e sostenere, mantiene la famiglia in uno stato di perdita di prestigio e di potere sia al proprio interno che in relazione con l'esterno (Favaro, 2001). Il rischio non è rappresentato da un evento in se, ma dal processo che si mette in atto nell'interazione tra individuo e ambiente. Quando il rapporto tra sfide e risorse non è in equilibrio, diciamo che la persona è maggiormente esposta a condizioni di rischio.

Secondo Ethier, Couture, Lacharite e Gagnier (2000), la carenza dei servizi (*fattori di rischio sociopolitico*) e la marginalità o esclusione della famiglia dalla rete dei servizi (*fattori di rischio psicosociale*), sono i fattori che intervengono con rilevante incidenza nell'insorgenza del rischio. In questa prospettiva ecosistema del rischio-risorsa, le azioni di sostegno alla genitorialità difficile e l'attivazione di strutture e servizi di cura per l'infanzia hanno la funzione di proteggere la famiglia nell'attraversamento della crisi (Di Vita e Merenda 2004).

Al concetto di vulnerabilità in situazione migratoria si affianca, pertanto, anche quello di resilienza, inteso sia come dotazione di base delle persone che come caratteristiche presenti nel loro ambiente di vita. In tal senso, secondo Walsh (2008), la resilienza costituisce una imprescindibile attitudine delle professioni di cura.

«Perché i pazienti siano aperti e ricettivi ai cambiamenti, gli operatori delle professioni d'aiuto devono essere sinceramente interessati alle loro storie di vita e avere a cuore il loro benessere. È necessario comprendere fino in fondo la situazione difficile in cui si trovano i nostri pazienti, empatizzare con la loro sofferenza e sostenere i loro sforzi [...] Questa relazione si fonda su una comunicazione aperta e su un clima di fiducia che favoriscono la possibilità di entrare in



contatto ed esprimere un'ampia gamma di pensieri, sentimenti e idee».

(F. Walsh, 2008, p. 221)

Aiutare la famiglia migrante ad affrontare un determinato periodo critico - legato, come abbiamo visto, ai cambiamenti destabilizzanti del percorso migratorio e alla ricostruzione dei legami sociali e affettivi in un paese straniero - significa pensare anche all'importanza della formazione degli operatori socio-sanitari che si confronteranno con queste problematiche e, ancora, alla organizzazione dei servizi in riferimento a un modello centrato sulla resilienza. Ciò implica, per gli operatori e i professionisti dei servizi, il confronto con diversi modi di affrontare l'evento nascita e la genitorialità, ma anche con significati specifici attribuiti alle dimensioni della salute e della malattia, nonché con le attese e le rappresentazioni che i migranti tessono intorno al supporto sociale, alla cura sanitaria e al divenire famiglia in un paese straniero. Questi cambiamenti interrogano la comunità d'arrivo sul tema del confronto e del dialogo con la diversità culturale. Come rispondere, dunque, a diversificati linguaggi e bisogni di salute? Come condividere parole e significati sulla nascita e l'accudimento dei bambini? Come ri-organizzare dispositivi di cura materno-infantile? Come sostenere la costruzione della funzione genitoriale in terra di migrazione pensando all'alterità delle madri migranti?

Da una parte, la famiglia deve confrontarsi con elementi di discontinuità interni ed esterni - relativi cioè sia alle differenze culturali presenti nel nuovo contesto di vita, che alla difficoltà di gestire i cambiamenti nel processo di trasmissione generazionale e di armonizzarli nella costruzione del progetto educativo per i propri figli (Ambrosini e Molina, 2004; Portes, 2004): lo scontro con consuetudini educative, terapeutiche e sociali diverse può dare vita a stati di insicurezza e instabilità, indebolendo in tal modo il senso di competenza genitoriale. Gli operatori, dall'altra, della comunità d'arrivo devono impegnarsi ad affrontare la formazione di nuove categorie interpretative degli eventi (psicologici e relazionali) per poter interagire funzionalmente nel contatto interculturale con la popolazione migrante (Berry, 2001): comprendere la dimensione culturale della genitorialità costituisce un'esigenza professionale, oltre che una responsabilità sociale nuova. In questo senso, la programmazione di politiche e interventi volti al sostegno delle famiglie, alla

genitorialità difficile avrebbero, nella pratica, il merito di rendere le stesse meno vulnerabili allo stress (L'Abate, 1990). Ma, come osserva Scabini (1995), queste potenzialità possono essere esercitate con successo solo in un contesto attento alla dimensione relazionale, quindi in grado di riconoscerle ed incentivarle. La sfida cruciale riguarda, pertanto, la tessitura di legami funzionali e soddisfacenti: legami intrafamiliari e intergenerazionali, legami con la comunità d'origine e con quella del nuovo ambiente di vita, legami con la propria storia e con la storia della società d'arrivo che, in altri termini, significa mettere in comunicazione strutture mentali differenti e culturalmente legati a saperi e significati diversi sui sistemi di cura (Gozzoli e Regalia, 2005).

Ci sono mille modi di migrare e mille modi di esprimere la genitorialità in terra di migrazione, direbbe Moro (2005). Quali sono, allora, le esperienze critiche che maggiormente espongono le famiglie migranti a situazioni di rischio?

Sia gli studi sulle migrazioni familiari che la clinica transculturale hanno messo in luce la vulnerabilità della famiglia in corrispondenza di tre importanti periodi critici del suo ciclo di vita: la nascita dei figli, il loro ingresso nella scuola primaria e l'adolescenza (Moro, 2001; Di Vita, Errante, Salerno e Vinciguerra, 2004; Di Vita e Granatella, 2009; Cattaneo e dal Verme, 2009; Finzi, 2009a). Si tratta, nello specifico, di eventi legati alla genitorialità che, in diversi momenti della storia familiare, obbligano i membri della famiglia a riconsiderare le rappresentazioni psichiche di se e degli altri componenti, a confrontarsi con il tema della lealtà verso le origini, con diversi modelli educativi e con i mandati delle precedenti generazioni, lontane poiché rimaste nel paese di provenienza, e tuttavia così presenti. Gli elementi di rischio-risorsa, in questi tre particolari periodi critici, riguardano anche, come vedremo più avanti, il modo in cui la famiglia e i servizi gestiscono in modo congiunto le sfide e le difficoltà connesse alla costruzione della funzione parentale nella migrazione. Proviamo a capire, dunque, quale può essere il ruolo dei servizi socio-sanitari ed educativi in relazione alle difficoltà incontrate dalle famiglie.

### *1.3.1. Perinatalità e nascita: la costruzione del ruolo parentale*

La gravidanza e la nascita di un figlio introducono nel ciclo vitale di una donna e di una famiglia un periodo di profonda trasformazione (Scabini, 1995; Malagoli

Togliatti e Lubrano Lavadera, 2002). In particolare, molti cambiamenti fisici, psicologici e relazionali impegnano la madre nella rielaborazione delle diverse rappresentazioni di sé e del proprio ruolo all'interno della famiglia, o gruppo sociale di appartenenza, esponendola ad una transitoria vulnerabilità psichica (Bydlowsky, 1997).

Divenire madre in terra straniera può apportare ulteriori elementi di complessità al vissuto della maternità perché talvolta, a prescindere dalle motivazioni e circostanze che sottendono la scelta migratoria, l'atto di lasciare il proprio paese, i propri affetti e le cose note, può assumere il valore di un percorso obbligato, un gesto di sopravvivenza o un esilio imposto, che segnano una rottura persino brutale nella storia personale e familiare di una donna (Moro e Réal, 2010). L'universalità antropologica della cura familiare si declina in forme diverse nel corso del tempo e al variare dei contesti culturali: diversi sono, infatti, modi di nutrire, di trasportare i neonati e diverse sono le "tecniche del corpo" e gli strumenti usati per accudirli. «Queste modalità di cura, oltre a rivelare caratteristiche individuali di ciascuna diade madre-bambino, rinviano alla cultura del gruppo di appartenenza, di riferimento, ovvero a quell'insieme di credenze, di pratiche, di saperi condivisi dai membri di una società» (Dusi, 2007, p. 170).

Ogni bambino che nasce richiede ai suoi genitori una nuova collocazione genealogica familiare e nella costruzione del ruolo parentale, la cultura svolge un ruolo molto importante. Sin dai primi cambiamenti fisici che annunciano l'arrivo di un figlio, le rappresentazioni materne sono profondamente influenzate da elementi culturali legati alle tradizioni di una comunità, ai suoi riti religiosi, alle credenze o prescrizioni popolari, a personaggi di un passato mitico o al mondo degli antenati (Balsamo, 2003; Zurlo, 2005). Per esempio, in alcuni luoghi, si deve mantenere un certo riserbo sulla gravidanza per tenere lontano il *malocchio* e l'invidia della donna sterile, oppure non si devono mangiare alcuni cibi o non è consentito uscire in certi momenti della giornata; in altri luoghi la gravidanza e il parto costituiscono un discorso tra donne, mentre in certi altri, l'evento nascita riguarda tutto il gruppo di appartenenza; altrove, infine, occorre interpretare e rispettare i sogni di una donna incinta perché rappresentano il modo in cui il nascituro parla alla madre e alla sua comunità (Moro, 2008).

Tra le preoccupazioni legate alla relazione con persone o gruppi appartenenti ad altre culture, la più diffusa è la paura di perdere le proprie radici, le proprie tradizioni, l'identità culturale. In alcune culture, per esempio delle popolazioni che vivono in Africa nella costa del Benin, l'identità di una persona non è acquisita con la nascita, ma è l'esito di un processo di costruzione che si origina e si ridefinisce continuamente dai vissuti materni durante la gravidanza fino a dopo la morte. La costruzione identitaria si caratterizza, pertanto, in un continuo posizionamento della persona e delle sue relazioni sia nel mondo dei vivi che nel mondo degli antenati. Parlare di gravidanza in queste culture non è come parlarne in occidente. Come scrive Hounkpatin, «nominare un bambino significa proprio andare a cercare i differenti elementi costitutivi della sua identità, attraverso la raccolta di tutto ciò che ha fatto passare durante il tempo della gravidanza, i nove mesi dell'attesa, e di come ha trasformato il menage degli umani che stavano al mondo prima del suo arrivo» (Hounkpatin 2002, p. 53). Il periodo della nomina può durare anche molti mesi e nel frattempo sono affidati al bambino dei nomi transitori, costituiti spesso da frasi che esprimono significati precisi, come ad esempio il giorno della sua nascita, il pensiero dei genitori rispetto al figlio ("bambino piangente") o i riferimenti che gli altri membri della comunità utilizzano nei suoi riguardi ("mi reco a far visita al non iniziato"). Si tratta, dunque, di un processo che svela l'identità di una persona e che racconta gli episodi che caratterizzano la sua esistenza e che lo legano/slegano ai membri della comunità di appartenenza e ai suoi antenati. Si può dunque comprendere il taglio identitario che un interlocutore occidentale compie nei confronti di molti africani quando chiede loro di definirsi ignorando tali dinamiche.

Questi fattori costituiscono una sorta di *involucro culturale* protettivo che consentono alla madre di preparare uno spazio per il figlio che attende, di costruire cioè una rappresentazione anticipatoria della relazione con lui e di dividerla, altresì, con gli altri membri della comunità, attribuendo senso, significato e coerenza ai cambiamenti e alle aspettative circa il suo nuovo ruolo. Quando la separazione dal paese d'origine è vissuta attraverso un profondo senso di perdita, l'evento nascita pone la donna e la famiglia dinanzi a maggiori rischi evolutivi. Nella transizione genitoriale in situazione migratoria, il bisogno di ancorarsi a un passato mitico può far riemergere, in modo ancor più pressante rispetto al passato, conflitti personali

irrisolti o antichi mandati familiari (persino quelli appartenuti alla precedente generazione e che si credevano ormai superati). Questa riviviscenza - psichica e culturale (Bydlowski, 1997; Moro, 2005) - rende contemporaneamente salienti, nel nuovo contesto di vita, rappresentazioni sulla nascita e la cura dei figli talvolta in contrasto tra loro: da una parte, un sapere tramandato sulla cura familiare e sull'accudimento che non può essere riproposto integralmente nel nuovo contesto di vita, la presenza di un nucleo di aspettative, desideri e pressioni che si originano dalla famiglia rimasta in patria e che si esprimono, da lontano, attraverso indicazioni, divieti e preoccupazioni; dall'altra, il confronto con i dispositivi di cura occidentali, una diversa attenzione ai temi della prevenzione e della salute, una gestione più controllata dell'evento nascita e dello stesso concepimento, un approccio tecnico e una cultura medicalizzata del parto, fatta di gesti ignoti, che non sempre è possibile anticipare.

Durante il *periodo perinatale*, le difficoltà riguardano la transizione alla genitorialità e, in particolare, l'acquisizione della funzione materna e paterna.

Queste si sviluppano sia a partire dalle interiorizzazioni ed elaborazioni delle proprie immagini genitoriali che attraverso le interazioni con altri membri della collettività e con gli elementi dell'ordine sociale e culturale di appartenenza. In questo processo, la cultura rappresenta un'organizzazione di informazioni molto importante. Con il termine *parenting* Bornstein (2003) indica un insieme di meccanismi per la trasmissione delle informazioni sulla cura e l'accudimento dei bambini. In perinatalità, le precedenti generazioni - attraverso dinamiche di trasmissione generazionale - e la generazione dei pari - attraverso il confronto sociale - sostengono la donna e la famiglia. Possiamo, dunque, comprendere il tipo di problemi che le famiglie migranti devono risolvere quando, per diverse ragioni, vengono a mancare questi due importanti riferimenti sociali e affettivi (Finzi, 2011).

L'assunzione di un ruolo genitoriale, gli stili di *parenting*, le aspettative di un comportamento adeguato da parte della cerchia di parenti nella fase dopo la nascita e nell'educazione da dare ai bambini, sono i maggiori temi che le coppie in migrazione sono costrette a rivedere, mettendo in crisi il complesso di convinzioni e di comportamenti di una funzione genitoriale che è nata all'interno delle loro culture d'origine (Bornstein, 2003).

Molto spesso, all'interno dei servizi, le madri migranti rappresentano una concezione mitizzata e rimpiainta di una genitorialità che nel paese d'origine è distribuita e condivisa con altri membri del gruppo familiare allargato. Questa organizzazione intorno alla puerpera ha, in qualche modo, ha la funzione di contenere la diade madre-bambino e di proteggerla: alla nascita il neonato è il bambino di tutti, si colloca all'interno di un'appartenenza più ampia che comprende anche la madre. Nel nuovo contesto di vita ciò non è più possibile (Moro, 2010).

La mancanza di un involucro culturale può rendere i genitori incerti rispetto al proprio ruolo e diventare un fattore importante di malessere che può investire la relazione precoce con i figli (Finzi, 2009). Gli operatori dei servizi possono diventare, allora, gli altri adulti allevanti, i co-genitori che sostengono la funzione genitoriale, sperimentando nei confronti della famiglia migrante un nuovo ruolo professionale, di accompagnamento e condivisione.

### 1.3.2. *L'ingresso dei figli a scuola*

Il passaggio da coppia a famiglia, la cura e l'educazione dei figli necessitano anche di una progressiva revisione delle rispettive posizioni all'interno del sistema familiare: cambiano i rapporti intergenerazionali e vengono riorganizzati i confini - intra ed extrafamiliari. Per i genitori e per i figli, diventa necessario poter rispondere adeguatamente alle richieste provenienti sia dai membri della famiglia che dall'ambiente sociale, soprattutto man mano che ciascun componente entra a far parte di nuovi e diversi contesti di vita e comincia a sperimentare nuovi ruoli e aspetti di sé (Scabini, 1995; Malagoli Togliatti e Lubrano Lavadera, 2002).

L'ingresso dei figli a scuola è il secondo evento critico che mette a dura prova l'esperienza genitoriale - sia nel rapporto con i figli che con le altre agenzie educative - perché, come scrive anche Favaro (2007), rappresenta una migrazione nella migrazione: la partecipazione dei figli alla vita sociale extrafamiliare apporta nuove occasioni di confronto con altre regole di convivenza e nuovi investimenti affettivi su figure di riferimento diverse da quelle familiari o del gruppo culturale di provenienza.

Tutto ciò richiede nuove forme di adattamento, autorizzazioni reciproche, perdite e guadagni. Il desiderio e la necessità da parte dei figli di poter sperimentare altre appartenenze sociali e condividere con i compagni altri modelli culturali accanto

a quello offerto dalla famiglia e dal gruppo dei connazionali, può innescare timori di tradimento nei genitori. Ogni apprendimento nuovo costituisce un allontanamento simbolico dai genitori e dal loro mondo (Finzi, 2009).

Nella relazione con la scuola e con i servizi per l'infanzia i genitori possono reagire con atteggiamenti di antagonismo e di difesa (Favaro, 2007; Fondazione Andolfi, 2003). Molte famiglie vivono il contatto formale con le altre istituzioni educative attraverso lo spettro della separazione e dell'invasione del pubblico nel privato (Dusi, 2007; Balsamo, 2006).

In alcune situazioni, sui bambini che risentono del dilemma della doppia fedeltà (alla famiglia, da un lato, e alla scuola, dall'altro) gravano scelte difficili, ad esempio quella della scelta dei legami su cui investire. Può accadere che la linea di separazione tra i due mondi - famiglia e scuola - sia così marcata che il passaggio dallo spazio intrafamiliare a quello extrafamiliare, e viceversa, somigli a quello stesso a una migrazione quotidiana: un diverso modo di vestirsi, di comunicare, di nutrirsi e di comportarsi.

Il successo scolastico dei figli può, inoltre, costituire un'ideale di riscatto sociale per la famiglia e orientare, perciò, la comunicazione esplicita ed implicita verso i figli. Tutto ciò rischia di confluire in un doppio messaggio nei loro confronti: da una parte la richiesta riguarda la conquista dello spazio sociale in modo tale da rendere visibile il compimento del progetto migratorio dei genitori, dall'altro si chiede di non tradire la cultura d'origine, di non cambiarla con altre appartenenze. Talvolta i bambini rispondono a un mandato così conflittuale attraverso la paura di abbandonare i genitori o di esserne abbandonati. Si tratta di forme di disagio non chiaramente espresse attraverso il canale verbale, ma manifestate da difficoltà ad usare in modo produttivo e creativo il potenziale nelle attività scolastiche, preoccupazione che si verifichino di fatti spiacevoli a genitori rimasti a casa, paura di suscitare sentimenti di inadeguatezza divenendo bravi a scuola e più abili nella vita sociale della nuova comunità. Altre volte, i bambini avvertono il pressante bisogno di sentirsi uguali agli altri ed esprimono vergogna durante le esperienze di presentazione sociale in cui la propria alterità potrebbe essere visibile nel mondo extrafamiliare, e dunque nascosta perché vissuta come una mancanza. Altre volte ancora la maggiore abilità sociale e linguistica dei figli li pone in ruoli familiari rovesciati rispetto ai genitori (Finzi, 2011).

Purtroppo, a causa di una scarsa diffusione di metodi condivisi di assessment psicologico, i problemi a carico della questione migratoria diventano spesso primari, lasciando sullo sfondo eventuali altre problematiche dello sviluppo in età evolutiva, che dunque potrebbero essere diagnosticati più tardivamente con conseguenze maggiormente negative sui processi di intervento (Bevilacqua, 2009).

### *1.3.3. L'adolescenza*

L'adolescenza dei figli è il terzo periodo di vulnerabilità familiare. In generale, la ricerca di un nuovo equilibrio tra appartenenza e differenziazione caratterizza il compito evolutivo di tutti gli adolescenti (Erikson, 1968).

Gli adolescenti migranti devono compiere una doppia transizione identitaria, la cui difficoltà individuativa si intreccia con la difficoltà ad integrare l'eredità culturale della propria famiglia con quella italiana (Chiarolanza e Ardone, 2007; 2008). Talvolta, questo processo di separazione-individuazione è vissuto dalle famiglie migranti come un ulteriore strappo rispetto alle origini. I ragazzi nati e cresciuti in un altro paese hanno la necessità di inserire nella loro vita i precedenti riferimenti e fondare anche su di essi la propria identità, ma per molti ragazzi nati in Italia questi elementi sono presenti nei racconti dei genitori come episodi mitici, figure idealizzate e, talvolta, si presentano come tasselli mancanti nella storia familiare. Il compito evolutivo dell'adolescente migrante si complica rispetto a tre tipi di sfide specifiche: il mantenimento di un'esperienza unitaria del sé, l'evitamento dell'interiorizzazione di categorie sociali sfavorevoli, il passaggio dal familiare al non familiare (Bastianoni, 2001). Anche in questo caso, la mediazione tra diversi mondi di appartenenza all'interno dello stesso nucleo familiare può realizzarsi a partire da una doppia autorizzazione (Niero e Pasqualotti, [www.educare.it](http://www.educare.it)): da una parte, i genitori riconoscono e incoraggiano l'appartenenza del figlio alla nuova realtà socioculturale e, dall'altra, il figlio riconosce e valorizza la cultura e le tradizioni dei genitori, il recupero di quei riferimenti che costituiscono il loro sapere sulla cura familiare e l'uso della lingua d'origine, veicolo di espressione diretta dei sentimenti dei genitori e mezzo attraverso cui mantenere la comunicazione con i nonni e gli altri parenti lontani. Qualche volta il comportamento dei figli adolescenti, la loro adesione alle norme sociali del gruppo dei pari, diventa incomprensibile, inaccettabile e pericoloso



agli occhi dei genitori e diventa motivo di scontro culturale, con costi elevati per tutto il sistema familiare. In particolare, sulle figlie femmine si concentrano richieste conflittuali tra aspettative di successo (scolastico, professionale, ecc) e precisi mandati che riguardano custodia dei valori e delle tradizioni del paese d'origine. La socializzazione, le prime relazioni con l'altro sesso e il desiderio di uscire con gli amici possono essere vissuti con forte preoccupazione dai genitori. D'altra parte per i genitori può risultare complesso affrontare la poliedricità degli stimoli sociali e delle proposte educative della comunità d'arrivo, soprattutto si presentano contraddittorie rispetto ai propri modelli.

I sentimenti di estraneità socioculturale vissuti nel nuovo ambiente, il riconoscimento indiretto della propria identità attraverso i figli e la consapevolezza che essi costruiranno la propria identità distanziandosi dai riferimenti culturali d'origine sono tra le condizioni che maggiormente preoccupano i genitori soprattutto nel primo periodo (Abou, 1981).

Sia al momento dell'ingresso dei figli a scuola che nel periodo adolescenziale, educatori, insegnanti e operatori sociali e sanitari non possono venir meno al compito di sostenere la funzione parentale e tutto il sistema famiglia. In questo periodo, diventa importante poter godere di interventi di sostegno genitoriale che aiutino la famiglia a risignificare l'intero percorso migratorio e i genitori a ritrovare il ruolo di guida nel progetto educativo per i propri figli (Dusi, 2007). Ma, sostenere i genitori non vuol dire pensarli come vuoti o inadeguati.

Ancora una volta, molto importante è il ruolo dei servizi e delle agenzie educative rispetto al sostegno della funzione genitoriale in siffatte situazioni critiche, ma anche alla possibilità di individuare precocemente gli elementi di rischio psicosociale e attraverso l'uso di adeguati strumenti diagnostici il più possibile "cultural free" (Finzi, 2009).

#### *1.3.4. Il tema delle MGF: mutilazione o modificazione?*

Può capitare che diversi professionisti o volontari che lavorano in servizi pubblici e privati si confrontino con temi e comportamenti che nel nostro paese sono sanzionabili come reato, ma che per la famiglia - o il singolo migrante - hanno una giustificazione culturale in quanto sono state apprese, nel paese di provenienza,

all'interno di un gruppo sociale che le legittimava. Si tratta di temi e comportamenti che suscitano reazioni molto forti nel nostro paese, perché violano la libertà della persona o la sua integrità psico-fisica: delitti d'onore, lavoro infantile, matrimoni forzati, segregazione e mutilazioni genitali<sup>12</sup>.

In queste situazioni, le distanze culturali tra la famiglia migrante e gli operatori sembrano impercorribili, le relazioni possono diventare conflittuali: le ragioni che da una parte rendono normalmente attesa un'usanza quotidiana, ammirevole il rispetto per una credenza o necessario un rituale (anche se sacrificale), dall'altra non trovano giustificazione alcuna e generano stigmatizzazione sociale, orrore e disapprovazione (Mantovani, 2004).

Tra le questioni che suscitano incomprensione e conflitto interculturale all'interno dei servizi di cura troviamo quella delle mutilazioni genitali femminili.

Secondo la definizione proposta dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (WHO, 1997) le mutilazioni genitali femminili riguardano la rimozione totale o parziale dei genitali esterni con eventuali ferite di vario tipo, praticate per motivi culturali e non terapeutici.

Esistono tre diversi tipi di mutilazione genitale femminile.

- 1) Il primo tipo è comunemente detto Sunna o clitoridectomia e consiste nella scalfittura del clitoride; in alcuni casi è praticata una leggera incisione del clitoride, in altri una totale asportazione.
- 2) Il secondo tipo, più diffuso, è detto Escissione e comporta un'asportazione del clitoride e un'escissione totale o parziale delle piccole labbra.
- 3) Infine, le mutilazioni del terzo tipo sono anche le più severe e riguardano l'asportazione del clitoride e delle piccole labbra e la scarificazione e cucitura delle grandi labbra. Viene lasciata un'apertura di pochi millimetri intorno all'apertura vaginale per consentire la fuoriuscita dei liquidi fisiologici.

I paesi africani in cui ancora oggi sono in uso le tre diverse tipologie di MGF in diverse percentuali e con una diversa diffusione all'interno di ciascuna area sono:

---

<sup>12</sup> Cfr. Seminario Internazionale *Famiglie nel guado. Comportamenti di matrice culturale sanzionati come reato*. Dipartimento per i Diritti e le Pari Opportunità del Governo italiano, Palermo 17-18 settembre 2009

Benin, Burkina Faso, Camerun, Repubblica Centrafricana, Ciad, Costa d'Avorio, Egitto, Eritrea, Etiopia, Gambia, Ghana, Guinea, Guinea-Bissau, Gibuti, Kenya, Liberia, Mali, Mauritania, Niger, Nigeria, Repubblica Democratica del Congo, Senegal, Sierra Leone, Somalia, Sudan (nord), Tanzania, Togo, Uganda e Yemen (Population Reference Bureau, 2008).

Le conseguenze di tali manipolazioni corporee possono essere anche particolarmente gravi nel caso dell'infibulazione. Generalmente comportano ritenzione urinaria, emorragie, infezioni, lesioni all'apparato genito-urinario; ascessi, cisti, dismenorrea, cheloidi, infezioni di vario tipo, calcoli, fistole, disfunzioni sessuali infertilità, difficoltà al momento della gravidanza e del parto.

Dinanzi a ciò, come è possibile affrontare il tema del benessere e coinvolgere la famiglia senza creare cortocircuiti comunicativi (Serrano, 2009)? Cosa significa per un operatore soffermarsi insieme alla donna migrante sul tema e sui segni – culturali, fisici e psicologici – delle MGF?

Innanzitutto, occorre sospendere il giudizio e cominciare a interrogarsi sulla dimensione socio-culturale del fenomeno, sulle trasformazioni in atto nel contesto tradizionale e sui significati e i mutamenti nel contesto migratorio (Mabilia, 2009) <sup>13</sup>.

Il tema delle mutilazioni genitali femminili scatena infatti reazioni di profondo orrore presso le culture occidentali, mentre diversa è la prospettiva delle popolazioni in cui la mutilazione è praticata e dove è considerata come un segno che esalta la femminilità. Pasquinelli (2000), per esempio, riporta la testimonianza di una donna che propone una prospettiva assolutamente diversa che dal concetto di mutilazione porta a quello di modificazione: «non mi piace come la chiamate voi, sembra che nella nostra cultura ci sia qualcosa che non va e invece non è vero. Sembra che i nostri genitori abbiano fatto una cosa cattiva, che ci abbiano fatto male. Quando sento "mutilazione sessuale" mi arrabbio, c'è un giudizio, io non mi sento mutilata».

L'operatore sociosanitario di fronte alla donna mutilata si trova dentro a un conflitto deontologico tra ciò che si deve o non fare; la visita ginecologica diventa un momento difficile, estremo in cui la donna, scopre che la sua alterità è lacerante e «non riesce a trovare uno spazio, un tempo, una modalità per essere riconosciuta» (De Cordova, 2001, p. 88). Da una parte, al confronto con la diversità anatomica delle

---

<sup>13</sup> Cfr. Seminario Segni Invisibili. "Approccio antropologico: il significato delle MGF nelle società africane dove sono praticate e il benessere della famiglia in emigrazione", Palermo, 15 maggio 2009.

“altre donne”, la mutilazione - vissuta al di fuori dal contesto socioculturale di provenienza – non è più soretta da significati condivisi, perde il valore. Dall'altra, diventa difficoltà di spiegare, di parlare di se, paura del giudizio, diffidenza, incomprensione.

Occorre, dunque aiutare gli operatori dei servizi sociosanitari a sviluppare una profonda conoscenza del fenomeno e delle sue implicazioni sul fisico e sulla psiche delle donne che la praticano. Occorre aiutare il personale medico-sanitario a costruire quella fiducia di base nella relazione di cura in cui è possibile informare le famiglie sulle conseguenze fisiche e psicologiche delle MGF. Occorre poter dire, infine, che questi comportamenti sono proibiti dalla legge italiana e scoraggiarne il mantenimento nei confronti delle figlie durante i viaggi di ritorno nei paesi d'origine, senza tuttavia distruggere il legame con la cultura d'origine.

## CAPITOLO 2

### IL CONTATTO TRA LE CULTURE

«Una pluralità di punti di vista, di approcci, di saperi ed esperienze ci avvicina alla complessità, alla molteplicità che caratterizza il reale».

(M. Gecele, 2002, p. 14)

#### *2.1. Processi di categorizzazione sociale.*

La categorizzazione sociale è uno dei temi della psicologia che ci aiutano a capire meglio le dinamiche relazionali tra i gruppi e tra le persone.

La costruzione di categorie è una tendenza della mente umana che risponde all'esigenza di organizzare la realtà in modo semplice e rapido. Si tratta, inoltre, di un processo che produce degli effetti sul modo in cui percepiamo il mondo (Mucchi Faina, 2006). Sebbene si tratti di un processo universale, esso si sviluppa in modo situato, poiché in ogni cultura, le categorie vengono co-costruite e trasmesse in luoghi di socializzazione che sono differenti tra loro, nel tempo e per diverse caratteristiche e circostanze. Le categorie, infatti, riflettono i significati costruiti e condivisi all'interno di una comunità sociale e culturale. Ciò rappresenta un vantaggio per tutti, sia dal punto di vista della coesione all'interno di un gruppo che dal punto di vista della comunicazione, nel senso che non espone i membri di una comunità allo stress di una continua ridefinizione di codici, simboli e significati (Inghilleri, 2009).

La categorizzazione sociale ci fa percepire le persone come membri di un gruppo sulla base di qualche caratteristica comune, aiutandoci a ignorare le informazioni irrilevanti e a considerare quelle utili ai fini dell'interazione sociale (Bruner, 1957).

Campbell (1956) fu tra i primi studiosi che si occupò degli effetti della categorizzazione sul nostro modo di percepire e di valutare la realtà. Successivamente, Tajfel contribuì a spiegare ulteriormente il fenomeno, evidenziando le analogie tra il modo in cui categorizziamo e percepiamo sia gli stimoli fisici sia quelli sociali, le persone e i gruppi che incontriamo. Per esempio, attraverso un noto esperimento, Tajfel e Wilkes (1963) mostrano che gli elementi interni ad una categoria o gruppo vengono percepiti come simili tra loro (effetto di *assimilazione*

*intracategoriale*), mentre gli elementi di che appartengono a categorie o gruppi diversi vengono percepiti come dissimili (effetto di *differenziazione intercategoriale*). Questi effetti possono essere trasferiti ai processi di attribuzione sociale. Con un altro esperimento, Tajfel mostrò, infatti, come la semplice demarcazione tra i gruppi (ingroup-outgroup) – detta sperimentalmente *situazione intergruppi minima* – genera forme di discriminazione anche in assenza di stereotipi negativi o di conflitti finalizzati al mantenimento o all’accumulo di risorse (Billing e Tajfel, 1973)<sup>14</sup>.

Il favoritismo verso l’ingroup nella distribuzione di risorse e ricompense ha ricevuto numerose conferme. Tajfel osservò, inoltre, che la tendenza a favorire il proprio gruppo rispetto a un altro si verifica anche quando sono disponibili scelte di vantaggio per entrambi i gruppi<sup>15</sup>. Questa evidenza condusse lo studioso a formulare la *teoria dell’identità sociale*. In particolare, questo costrutto riguarda gli aspetti del concetto di sé, derivanti dalla consapevolezza di appartenere a un gruppo e dai sentimenti che questa appartenenza suscita (Tajfel, 1972).

Essere parte di un gruppo è un fatto molto importante perché assicura benefici in termini di affiliazione, stima di sé e senso di connessione. Tutto ciò costituisce un involucro protettivo – sia dal punto di vista fisico che mentale - quando partecipiamo alla vita sociale della comunità in cui viviamo (Smith e Mackie, 1998). Gli studi di Tajfel spiegano che favorire o preferire il proprio gruppo ha la funzione di accrescere l’autostima individuale: così, come tentiamo di costruire un’idea positiva di noi stessi (identità individuale), allo stesso modo desideriamo evidenziare un’immagine

---

<sup>14</sup> In particolare, i partecipanti allo studio vennero suddivisi in due gruppi, X e W, sulla base di una classificazione arbitraria (lancio di una moneta). Al termine della suddivisione, venne detto a tutti i partecipanti che avrebbero potuto distribuire a due di loro - rispettivamente, a un partecipante del gruppo W e a uno del gruppo X – una ricompensa in denaro. Nello studio era previsto che il comportamento dei gruppi sarebbe stato osservato in condizioni differenti: man mano da una *situazione minima* in assenza di stereotipi o antagonismo, si sarebbe passati ad altre condizioni sperimentali che prevedevano l’introduzione di stereotipi negativi, conflitti. Lo studio, evidenziò che già alla prima condizione, emergeva un comportamento intergruppi maggiormente incline a favorire i membri dell’ingroup.

<sup>15</sup>Cfr. Tajfel et al. (1971) La condizione sperimentale prevedeva che ad alcuni partecipanti venisse offerta la possibilità di scegliere tra diverse opzioni: a) che venissero assegnati 11 punti a un componente del proprio gruppo, b) che venissero assegnati 7 punti a un componente di un altro gruppo e c) che venissero assegnati 17 punti sia all’uno che all’altro. Molti soggetti scelsero la prima opzione che, tra tutte, avvantaggiava solo il proprio gruppo, anche se questa scelta comportava una perdita complessiva di 6 punti al proprio gruppo.

positiva del gruppo a cui apparteniamo (identità sociale) e per fare ciò compiamo - sia a livello individuale che sociale - alcune distorsioni, dette *errori di attribuzione*.

In funzione di mantenere un buon livello di autostima possiamo, dunque, incorrere in errori di preferenza/sopravvalutazione dell'ingroup e di indifferenza/svalutazione dell'outgroup. Ma, chiaramente questo meccanismo riflette i giudizi e le valutazioni espresse circa il gruppo a cui apparteniamo. Appartenere a un gruppo stigmatizzato negativamente può infatti indurre ad altri processi di protezione del senso di sé, come per esempio il non riconoscersi le caratteristiche degli altri membri dell'ingroup.

La consapevolezza di appartenere ad un gruppo è detta *auto categorizzazione*. Alcune appartenenze sono stabili e durature, e altre sono limitate nel tempo. Altre volte ancora, le appartenenze che per alcune persone sono fissate per tutta una vita (per esempio, al genere, alla cultura e così via), sono vissute in forma transitoria da altre persone. La definizione delle appartenenze fa parte di un più ampio processo di co-costruzione sociale. Diveniamo consapevoli delle nostre appartenenze, e acquisiamo le informazioni circa il nostro gruppo, attraverso processi di trasmissione culturale che veicolano una serie di attribuzioni legate ai ruoli sociali (*apprendimento sociale*). Ognuno di noi appartiene a più categorie sociali (il genere, la professione, la provenienza, la tifoseria sportiva, ecc.) e non tutte sono immediatamente accessibili.

Turner (Turner, Hogg, Oakes, Reicher e Wetherell, 1987) propone una teoria della categorizzazione del sé chiamata Self-Categorization Theory (SCT). Secondo lo studioso, la percezione di sé avviene attraverso processi di categorizzazione che ci consentono di collocarci con un diverso livello di astrazione nelle relazioni (se individuale, se sociale, umano e così via) e, proprio come facciamo quando categorizziamo gli altri stimoli, nessuna di queste categorizzazioni è di per se prioritaria rispetto alle altre. Nelle relazioni interpersonali, il tipo di categorizzazione è "io"-*"non io"*; nelle relazioni intergruppi la categorizzazione riguarda la dimensione "noi"-*"loro"*, ovvero "ingroup"-*"outgroup"*.

Turner, conclude che ciò che rende saliente la propria e altrui appartenenza è il confronto intergruppi. Più è rilevante la demarcazione ingroup-outgroup o quanto più agisce la dimensione del confronto noi vs loro, maggiore è la percezione di se e degli altri, rispettivamente come membri di gruppi sociali definiti in termini

categoriali e stereotipati (omogeneità tra membri dello stesso gruppo) e non per caratteristiche proprie (attributi idiosincratici). Il fenomeno della depersonalizzazione chiarisce bene questo processo.

Una particolare appartenenza, inoltre, può diventare saliente quando qualcuno, o qualche circostanza, ce la richiama. Ciò può accadere in presenza di stimoli diretti (essere nominati con “l’etichetta” del nostro gruppo), in presenza di individui esterni al nostro gruppo, quando si verificano condizioni in cui sperimentiamo di essere parte di una minoranza e in situazioni di conflitto tra gruppi (Smith e Mackie, 1998).

Generalmente, quando la salienza di una appartenenza non è attiva, percepiamo il nostro gruppo come molto eterogeneo e differenziato al suo interno, mentre abbiamo visto che quando la demarcazione ingroup – outgroup acquista una certa rilevanza si producono effetti di *assimilazione intracategoriale* e di *differenziazione intercategoriale*.

La percezione dell’altro in termini categoriali orienta il nostro pensiero e i nostri comportamenti a seconda di quanto ci sentiamo rappresentanti tipici del nostro gruppo (*auto categorizzazione*) e da quanto valore personale traiamo da questa appartenenza (*identità sociale*). Più è importante per noi questa appartenenza, maggiore è il rischio di compiere *errori di attribuzione*: cioè sopravvalutiamo l’ingroup, ci consideriamo molto simili agli altri membri del nostro gruppo (*assimilazione intracategoriale*) e ci distanziamo notevolmente dai membri dell’outgroup (*differenziazione intercategoriale*), percependolo al suo interno come una entità omogenea e scarsamente differenziata, approcciandoci ad esso attraverso forme di conoscenza stereotipata (che contengono generalizzazioni ed esagerazioni, dunque informazioni utili ma poco accurate) e comportandoci in modo tendenzialmente favorevole verso i componenti del nostro gruppo (Pettigrew, 1979).

Si tratta di un processo analogo a quello che attiviamo quando vogliamo proteggere la nostra autostima: sopravvalutiamo noi stessi. Ciò accade anche in situazioni di confronto sociale con persone o gruppi che percepiamo più o meno simili a noi, su questioni che hanno una importanza centrale nella nostra vita (Tesser,



1988)<sup>16</sup> – per esempio il nostro status, il potere, la competizione per ottenere maggiori benefici, risorse o visibilità. In queste situazioni, i nostri comportamenti e atteggiamenti verso i membri dell'outgroup dipendono da quanto è per noi minacciosa la loro presenza. In taluni casi, la minaccia percepita è così elevata che da forme di ostilità e discriminazione si può passare ad atti di limitazione dei diritti e delle libertà universali, indifferenza morale esclusione e odio.

Generalmente, come ritengono attualmente molti ricercatori, la percezione categoriale è il processo che utilizziamo in modo automatico quando incontriamo un'altra persona o un altro gruppo. Tuttavia, possiamo accedere alla relazione anche attraverso percorsi di individuazione, che possono coesistere con quelli della categorizzazione (Mucchi Faina, 2006). In altre parole, possiamo percepire gli altri non esclusivamente come appartenenti a categorie sociali o gruppi, ma anche come singoli individui con caratteristiche specifiche e questo, come vedremo, può farci superare alcuni limiti quando incontriamo persone di una cultura diversa dalla nostra.

Secondo Hamilton e Sherman (1996), quando abbiamo la necessità di collocare noi stessi e gli altri in una rappresentazione della realtà sociale, ragioniamo in termini categoriali o individuativi a seconda del livello di entatività percepita rispetto al proprio e all'altrui gruppo. L'entatività è stata definita come il livello in cui un aggregato sociale è percepito in termini di entità, ovvero il suo costituirsi come una "cosa reale" che accomuna le persone per somiglianza, destino e obiettivi (Campbell, 1958).

Nella percezione dell'ingroup, il livello di entatività costituisce un fattore di moderazione dinanzi a una minaccia indotta dallo stereotipo negativo (Mirisola, Bocchiaro, 2008). Ciò significa che, percepire il proprio gruppo come altamente entitativo, implicherebbe una maggiore trasferibilità degli stereotipi negativi socialmente attribuiti all'ingroup anche a se stessi. Ciò esporrebbe le persone a maggiori rischi sul piano psicosociale – come per esempio, sottomissione o aggressività nei confronti dell'outgroup (Allport, 1954), effetti negativi sulla motivazione al successo, sulle aspettative di riuscita e sullo sviluppo identitario o

---

<sup>16</sup> Si tratta di un comportamento descritto da Abraham Tesser (1988) all'interno del *Modello di costanza dell'autovalutazione*.

sulla predisposizione a disturbi psico-fisici (Crocker e Mayor, 1989) - e a peggiori performance nei compiti intellettivi (Steel e Aronson, 1995;). Mentre, al contrario, pensare al proprio gruppo in termini più eterogenei, attenzionando maggiormente gli aspetti idiosincratici che categoriali, costituirebbe un fattore di protezione poiché ci farebbe risentire meno della minaccia indotta dallo stereotipo negativo.

Brewer et al (1995) hanno mostrato che, generalmente, nelle relazioni intergruppi, percepiamo le minoranze sociali o i gruppi con cui entriamo in competizione come maggiormente entitativi. In queste situazioni, la rappresentazione dell'outgroup è costruita attraverso processi cognitivi di categorizzazione: percepiamo l'outgroup come una entità con caratteristiche, destino e obiettivi che accomunano tutti i suoi membri e trasferiamo ai singoli individui molte informazioni sociali e culturali stereotipate connesse alla categoria a cui appartengono.

Anche per quanto riguarda il livello interpersonale, se incontriamo qualcuno che appartiene a un gruppo che percepiamo come altamente entitativo usiamo, di solito, modalità cognitive di categorizzazione, mentre ricorriamo alla individuazione se, al contrario, incontriamo qualcuno che appartiene a un gruppo che percepiamo come scarsamente entitativo.

Come scrive Mucchi Faina (2006), il modello interpretativo di Hamilton e Sherman (1996) sul modo in cui ci formiamo le impressioni sulle persone e sui gruppi nelle relazioni interculturali presenta due limiti.

Il primo limite riguarda la cultura del gruppo (individualista vs collettivista): la tendenza a inferire caratteristiche idiosincratiche e a spiegare il comportamento dell'outgroup o dei suoi membri sarebbe maggiormente tipico delle culture individualiste, in cui l'accento è posto sull'indipendenza, sulle abilità e sui tratti individuali, sulla priorità degli obiettivi dei bisogni personali, mentre in quelle collettiviste le valutazioni sulle persone e sui gruppi si basano maggiormente sul contesto e sulle interazioni, cioè sui valori della collettività, della interdipendenza e della comunanza e della ricerca del bene comune, che sono molto apprezzati in quanto utili al mantenimento della coesione e dell'unità (Triandis, 2003).

Il secondo limite riguarda l'applicabilità del modello in situazioni che prevedono l'assenza di idee precedenti e ciò accade abbastanza raramente. Infatti, come generalmente accade, le relazioni tra gruppi culturali diversi non avvengono

quasi mai senza una minima rappresentazione, aspettativa o opinione sull'outgroup o sulle singole persone target che appartengono a un outgroup:

«la comunicazione tra persone di diversa cultura è raramente un incontro tra individui neutri, senza retroterra, che si percepiscono reciprocamente con occhi ingenui come entità isolate: più spesso il contatto avviene nella consapevolezza della diversa appartenenza e tale appartenenza è spesso – almeno in parte – già connotata»

(Mucchi Faina, 2006, p. 19).

Per concludere, passiamo ora agli effetti negativi della categorizzazione: l'omogeneità dell'outgroup nelle relazioni intergruppi<sup>17</sup>.

Secondo Linville (Linville et al. 1989), questo effetto è dovuto a una scarsa familiarità con i membri dell'outgroup.

La scarsa conoscenza può dipendere, a sua volta, da alcuni fattori, tra cui le differenze di status sociale tra i gruppi, oltre che fattori di tipo motivazionale (acquisire vantaggi) e cognitivi (acquisizione delle informazioni). In particolare, tendiamo ad omogeneizzare l'outgroup quando lo status sociale tra i gruppi è equivalente o quando apparteniamo a un gruppo con uno status elevato (Lorenzi-Cioldi et al., 1995)<sup>18</sup>.

Le conseguenze negative dell'omogeneizzazione sono due: la prima è la generalizzazione delle caratteristiche dal singolo al suo gruppo e, viceversa, dalle caratteristiche del gruppo al soggetto; la seconda è l'estremizzazione dei giudizi nei confronti dei membri dell'outgroup, man mano che ne abbiamo una percezione meno complessa (*ipotesi di complessità-estremità*, studiata da Linville e Jones, 1980).

Anche se la categorizzazione è la prima modalità cognitiva attraverso cui costruiamo le nostre impressioni sulle persone che incontriamo, possiamo tuttavia modificare il percorso di conoscenza negli incontri successivi rivolgendo la nostra attenzione verso gli aspetti individuanti di quelle persone.

---

<sup>17</sup> Occorre precisare, come riporta Mucchi Faina (2006), che gli effetti di omogeneità dell'outgroup non sono un fenomeno generale. Esistono le seguenti eccezioni: quando l'outgroup e l'ingroup hanno lo stesso livello di familiarità e quando l'appartenenza ad un gruppo è ritenuto un bisogno fondamentale per la persona. In quest'ultimo caso, per esempio, le società a cultura collettivista (in cui l'omogeneità è un valore positivo), tendono a percepire il proprio ingroup come più omogeneo rispetto all'outgroup (Triandis et al, 1990).

<sup>18</sup> Omogeneizziamo l'ingroup se, invece, apparteniamo a un gruppo con uno status sociale inferiore a quello dell'outgroup.

Se le nuove informazioni sono coerenti con le prime (ovvero, risultano *non diagnostiche* al confronto), confermiamo la precedente categorizzazione. Se, invece, scorgiamo qualche discrepanza tra la prima e la seconda impressione (le nuove informazioni in questo caso sono diagnostiche), allora ricorriamo ad una nuova categorizzazione che ricomprende le nuove informazioni. Questo processo si situa lungo un continuum che va dalla categorizzazione alla individuazione man mano che siamo motivati a conoscere meglio gli altri e a compiere ulteriori sforzi per rendere più accurata la nostra conoscenza (Fiske e Neuberg, 1990).

Alcuni studi hanno messo in evidenza la relazione tra caratteristiche di personalità e modalità cognitiva nel processo di elaborazione delle informazioni e costruzione delle impressioni su persone e gruppi.

Per esempio, *l'apertura all'esperienza*, che tra i cinque grandi fattori di personalità è quello che indica una maggiore inclinazione del soggetto a modificare i propri atteggiamenti e comportamenti davanti a nuove esperienze, sembra predire una modalità cognitiva centrata maggiormente sull'individuazione e meno influenzabile dagli stereotipi connessi con le categorie sociali (Flynn, 2005).

In altre parole, possiamo correggere gli errori di omogeneizzazione verso un membro di un outgroup quando: lo percepiamo come una persona che si discosta così tanto da una categoria di riferimento che quella categorizzazione diventa inutile o irrilevante; quando non abbiamo modo di costruire una categoria all'interno del quale collocarlo, perché non disponiamo di informazioni sul suo gruppo di riferimento; oppure perché disponiamo «del tempo e dell'interesse necessari ad approfondire l'unicità di chi si trova di fronte» a noi (Mucchi Faina, 2006, p. 26).

## 2.2. *Dinamiche culturali e psicologiche del contatto di lunga durata: i processi di acculturazione.*

«La società è una rete di relazioni costantemente ricreate da individui attivi, mutualmente legati, che comunicano tra loro, generando così rappresentazioni condivise al fine di preservare una vita ed una realtà quotidiana comune ed è chiaro, una cornice istituzionale che rimane sempre problematica».

(S. Moscovici, 1992, p. 140)

I rapporti umani, e tra essi quelli interculturali e di cura trattati nel presente lavoro, sono influenzati dalla costruzione delle rappresentazioni sociali che le persone (o i gruppi) utilizzano per collocare cognitivamente se stesse e gli elementi dello spazio fisico e relazionale. Il presupposto di base è che gli effetti dei processi sociali e cognitivi sul comportamento sociale umano non sono separati.

Che siamo soli o in compagnia, scrivono Smith e Mackie: «i processi sociali sono i modi in cui i nostri pensieri, i nostri sentimenti e le nostre azioni sono influenzate dagli input provenienti dalle persone e dai gruppi che ci circondano» e, continuano gli autori, «i processi cognitivi sono i modi in cui i ricordi, le percezioni, i pensieri, le emozioni e le motivazioni influenzano la nostra comprensione del mondo e guidano le nostre azioni. Gli effetti di questi processi sono pervasivi, perché noi agiamo e reagiamo in base a ciò che *crediamo* il mondo sia» (Smith e Mackie, 1998, p. 4).

Le trasformazioni attuali del fenomeno migratorio verso l'Italia indicano che il contatto che coinvolge oggi la popolazione migrante e la popolazione autoctona è destinato a durare nel tempo. Questo, abbiamo visto, implica una riorganizzazione reciproca sia di tipo culturale che psicologico detta *acculturazione*.

L'*acculturazione* è un processo di mutua influenza che, solitamente, è stato studiato nelle relazioni tra gruppi maggioritari e gruppi minoritari, come per esempio possono essere i migranti, ma, chiaramente, non riguarda solo questi raggruppamenti. Da un punto di vista culturale, i processi di acculturazione generano cambiamento in entrambi i poli della relazione; da un punto di vista psicologico, le modalità di acculturazione si riflettono sul modo di percepire e costruire la propria identità e le proprie appartenenze (Mucchi Faina, 2006). Proprio per questo, amministrare il contatto tra le culture è una questione complessa che implica una profonda revisione dei modi di pensare, comunicare e interagire con la diversità.

Proviamo, dunque, a descrivere i modelli di acculturazione principali presenti nella letteratura psicologica di area cross-culturale.

Il primo modello è stato proposto da Berry e coll. (1986; 1989). Secondo lo studioso, il processo di acculturazione può seguire due traiettorie tra loro indipendenti nei contesti multiculturali che possono essere: a) il *desiderio di mantenere la propria cultura* - dimensione che consente l'identificazione con l'ingroup

- e b) il *desiderio di partecipare alla cultura dell'outgroup* - dimensione che consente l'identificazione con l'outgroup. A seconda della combinazione tra queste due dimensioni, le strategie acculturative possono essere: *l'integrazione* (mantenimento della cultura d'origine e interazione con l'outgroup/condivisione della cultura); *l'assimilazione* (cioè, la perdita della propria cultura e totale ri-socializzazione alla cultura dominante); la *separazione* (identificazione con il proprio ingroup e mantenimento della propria cultura insieme all'evitamento degli scambi con l'outgroup) e, infine, la *marginalizzazione* (perdita forzata della propria cultura e poco interesse al contatto con l'outgroup). Molto spesso, sostengono Berry e coll., i membri del gruppo minoritario subiscono le scelte di acculturazione dei gruppi maggioritari.

Un'altra spiegazione è stata proposta da Bourhis e coll. (1997). Essa descrive sia le strategie della comunità migrante che di quella autoctona o dominante. In particolare, la comunità dominante può adottare cinque orientamenti, che sono: *l'integrazione* - i membri della comunità d'arrivo pensano che i migranti dovrebbero mantenere la propria specificità culturale e stabilire un contatto interculturale; *l'assimilazione* - se pensano che dovrebbero rinunciare alla propria specificità e adeguarsi alla cultura dominante; la *segregazione* - se pensano che i migranti debbano conservare la propria cultura ma rifiutano di entrarvi in contatto; *l'esclusione* - agli immigrati non è permesso né di mantenere la propria cultura né di adottare quella dominante; *l'individualismo* - i membri della comunità dominante definiscono se stessi e gli immigrati, non in base alle rispettive appartenenze, ma in base agli attributi personali (Bourhis e Bougie, 1998). Analogamente, i membri della comunità minoritaria possono adottare strategie di: *separazione* (in luogo di segregazione) - gli immigrati decidono di mantenere la propria cultura rifiutando di entrare in contatto con quella dominante; *anomia* (invece che esclusione) - rifiuto sia della propria cultura che di quella dominante; e poi, *integrazione*, *assimilazione* e *individualismo* (Bourhis e Barrette, 2004). Ancora, secondo Bourhis, le strategie acculturative adottate dagli immigrati e quelle adottate dalla comunità ospitante interagiscono producendo un adattamento reciproco che può portare a *rapporti intergruppi consensuali* - se entrambi i poli della relazione scelgono la medesima

modalità acculturativa, *problematici* - se la condividono solo in parte - o *conflittuali* - in situazioni di segregazione e separazione.

Più recentemente, Navas e coll. (2005), hanno pensato e validato in Spagna una modellizzazione delle strategie di acculturazione dei migranti (Relative Extended Acculturation Model) che tiene conto di sette differenti aree di acculturazione: 1) lavoro, 2) sistema politico e governativo, 3) situazione economica, 4) relazioni sociali e amicali, 5) relazioni familiari, 6) fede religiosa e tradizioni e, infine, 7) credenze-principi e valori. Il modello di Navas introduce una interessante differenza tra le strategie di acculturazione preferite (*situazione ideale*) e quelle realmente adottate (*situazione reale*) e ovviamente, anche gli effetti che possono scaturire dalla percezione delle discrepanze tra le due condizioni. Secondo gli autori, inoltre, le strategie acculturative possono esprimersi attraverso differenti modalità nei sette domini indicati, a seconda delle circostanze, delle necessità e degli obiettivi.

Molti altri ancora sono gli studi condotti recentemente anche in Italia (Giovannini, 2007; Giovannini e Pintus, 2005) sulle modalità interattive tra i gruppi che, però, in questa sede sono stati solamente accennati. Più in generale, in una prospettiva interculturale, possiamo dire che i modelli interpretativi proposti vanno da quelli *assimilazionisti* – i quali, privilegiano un tipo di relazione che tende ad omologare e assorbire entro le proprie categorie interpretative l'altro e le differenze e in cui la differenza è intesa come elemento di perturbazione che deve essere risolto – a quelli *di integrazione pluralista* – che, richiamandosi al principio della tolleranza, mantengono inalterate o contemporaneamente distanti le differenze, in cui la differenza assolve una funzione utilitaristica nella relazione ingroup-outgroup che è al contempo tollerata (in quanto utile) e controllata (in quanto potenzialmente pericolosa) - e, infine, i *modelli di integrazione interculturale*, in cui le relazioni con la differenza sono fondate sullo scambio, sulla contaminazione e sulla reciproca trasformazione. Questo terzo tipo di integrazione incarna l'essenza della prospettiva interculturale e del suo progetto educativo sull'esercizio del diritto alla differenza (Gulotta, 2006).

Prima di concludere il discorso sulle trasformazioni sociali, consideriamo, attraverso Bateson (1935), alcune riflessioni che riguardano le implicazioni amministrative del contatto e i rischi di frammentazione sociale.

Come già scriveva Bateson<sup>19</sup> (1935), tre possono essere i possibili esiti del contatto tra comunità – o singoli membri - che hanno culture profondamente diverse tra loro: la *fusione completa*, le cui condizioni si determinano quando tutti gli individui posseggono strutture di comportamento compatibili ed omogenee (in particolare, unità strutturale, affettiva, spazio-temporale e sociologica); *l'eliminazione di uno o di entrambi i gruppi* e, infine, la *permanenza di entrambi i gruppi in equilibrio dinamico*.

In quest'ultimo caso (definito da Bateson come il più istruttivo, in quanto in esso si realizza il cambiamento culturale), gli amministratori dovrebbero tener in debita considerazione il potenziale di rivalità e ostilità - dagli esiti schismogenetici - di progetti sociali tesi al mantenimento delle simmetrie tra i gruppi culturali o della loro complementarietà: ciò che tiene, infatti, insieme i gruppi - secondo Bateson - sia nelle relazioni simmetriche che in quelle complementari, è il forte senso di lealtà interna e/o l'ostilità verso un elemento esterno.

Queste dinamiche ci spostano nuovamente sulla questione dei processi di ricategorizzazione sociale e suggestivamente pongono nuove domande sul traghettaggio verso una società interculturale in cui ognuno può essere riconosciuto, nella sua alterità e differenza, come parte di un ordine più ampio.

Ma, la via della ricomprensione sovra-ordinata delle appartenenze, è una via perseguibile? E in quali situazioni? Ovvero, per utilizzare una metafora già citata da Bateson, quanto forte deve piovere affinché il leone si accucci con l'agnello?

### 2.3. Contatto interculturale ed effetti delle relazioni intergruppi.

“Prejudice (unless deeply rooted in the character structure of the individual) may be reduced by equal status contact between minority and majority groups in the pursuit of common goals. The effect is greatly enhanced if this contact is sanctioned by institutional supports (i.e., by law, custom or local atmosphere), and if it is of a sort that leads to the perception of common interests and common humanity between members of the two groups.”

(G. Allport, 1954)

---

<sup>19</sup> Bateson G. (1935). Culture Contact and Schismogenesis. *Man*, 35, 178-183. [trad. it. (1976). Contatto tra le culture e schismogenesi, in G. Bateson, *Verso un'ecologia della mente* (pp. 95-107). Milano: Adelphi].



Numerosi sono gli studi sul contatto interculturale, ovvero sulle situazioni in cui persone appartenenti a gruppi culturalmente diversi interagiscono tra loro, e sugli effetti di queste interazioni sul miglioramento dei rapporti tra i gruppi.

La letteratura scientifica ha evidenziato come il semplice contatto non è di per sé sufficiente a migliorare le relazioni interculturali. Diverse altre condizioni devono verificarsi affinché le diverse forme di intolleranza e discriminazione possano essere superate.

Le forme estreme di tensione sociale che apprendiamo attraverso la cronaca costituiscono solo la punta di un iceberg. Il fenomeno è ben più ampio e sottilmente radicato nella vita quotidiana di ognuno di noi.

Le ricerche sulle dinamiche psicologiche del contatto possono avere un grosso impatto sulle politiche sociali dei paesi che sperimentano difficoltà di coesistenza tra culture diverse e che volgono lo sguardo verso la possibilità di uno sviluppo comune.

### 2.3.1. *Il contatto intergruppi*

Molte ricerche si sono concentrate sul contatto intergruppi, valutandone gli effetti in diversi contesti e in relazione a diversi gruppi target.

Williams (1947) fu il primo studioso a ipotizzare che le interazioni tra persone appartenenti a gruppi diversi possono ridurre le tensioni sociali<sup>20</sup>.

Si deve ad Allport (1954) però il merito di avere formalizzato le ipotesi iniziali di Williams in un modello esplicativo detto *Ipotesi del contatto*. Sulla base di questa ipotesi, il contatto tra i gruppi è ottimale, ovvero è efficace nella riduzione dei pregiudizi - e, dunque, sostiene le relazioni - quando si verificano quattro condizioni: *a)* esiste parità di status tra le persone coinvolte nell'interazione; *b)* le situazioni di contatto offrono ai gruppi coinvolti degli scopi comuni; *c)* durante il contatto è incoraggiata la cooperazione tra le parti e *d)* il contatto è legittimato tramite un supporto istituzionale.

L'ipotesi del contatto ha ricevuto molte conferme empiriche (Pettigrew, 1998; 2008; Pettigrew T.F. e Tropp L.R., 2000; 2006; 2008) ed ha ispirato gran parte delle successive ricerche.

---

<sup>20</sup> In particolare Williams (1947) ipotizzava che ciò può essere realizzato al verificarsi di quattro condizioni: *a)* quando i gruppi coinvolti hanno status, interessi e compiti simili; *b)* se le situazioni di contatto promuovono interazioni approfondite; *c)* se gli stereotipi dei gruppi vengono disconfermati e, infine, *d)* se le attività svolte travalicano i confini intergruppi.

Mentre Williams (1947) e Allport (1954) hanno proposto un modello in cui il contatto esercita effetti positivi quando si verificano alcune condizioni legate a caratteristiche contestuali (variabili contestuali), più recentemente, gli studiosi hanno indagato il ruolo di variabili più strettamente psicologiche del contatto tra gruppi, come, ad esempio, la “salienza delle appartenenze di gruppo” (Brewer e Miller, 1984; Gaertner e Dovidio, 2000; Brown e Hewston, 2005).

Per grandi linee, possiamo prendere in esame gli studi e le più importanti evidenze empiriche sul contatto attraverso la suddivisione proposta da Hewestone (2009): l'analisi delle tipologie del contatto intergruppi e i loro effetti; le condizioni che rendono maggiormente efficace il contatto; i processi che sottendono il contatto; gli aspetti critici legati al contatto e le implicazioni politiche del contatto intergruppi.

### 2.3.2. *Gli effetti del contatto diretto e indiretto.*

Tra le più autorevoli indagini, che hanno confermato la validità dell'ipotesi del contatto, quella di Pettigrew e Tropp (2006) costituisce un grande contributo scientifico. Gli autori hanno condotto una meta-analisi su 515 studi presenti in letteratura, analizzando un totale di 250.000 partecipanti, suddivisi in 713 campioni indipendenti. I risultati di questo importante lavoro indicano che:

- a) il contatto in effetti è uno strumento in grado di ridurre il pregiudizio;
- b) che le condizioni ottimali individuate da Allport predicono una riduzione del pregiudizio in misura maggiore rispetto ad altre situazioni in cui esse non sono presenti;
- c) avere rapporti di amicizia con persone che appartengono all'outgroup predice maggiormente la riduzione del pregiudizio intergruppi.

Quest'ultima conclusione sembrerebbe, dunque, specificare meglio gli effetti del contatto diretto, evidenziando quanto le relazioni amicali costituiscano la forma di contatto maggiormente efficace e suggerendo, di conseguenza, utili suggestioni alle politiche sociali.

Lo studio di Pettigrew e Tropp (2006) indica, inoltre, che gli effetti del contatto diretto sono legati all'intervento di molti altri fattori (detti di moderazione) come per esempio le *circostanze* in cui avviene il contatto (per esempio, nei luoghi di lavoro o di ricreazione, in ambito educativo o abitativo, ecc.), le *caratteristiche del gruppo target*

(per es., l'orientamento sessuale, la cultura, caratteristiche fisiche e psichiche, ecc.), in base al tipo di *variabile dipendente* (outcome) presa in esame (per es., variabili di tipo affettivo come le emozioni piuttosto che variabili cognitive come le credenze o gli stereotipi) e, infine, a seconda delle *differenze di status tra i gruppi* (per esempio tra quello di maggioranza e di quello di minoranza).

Va precisato che questi fattori non determinano la relazione di causa-effetto tra contatto diretto e riduzione del pregiudizio, ma sono piuttosto in grado di spiegare in quali situazioni è più o meno estesa la forza di questa relazione<sup>21</sup>.

Un limite della meta-analisi condotta da Pettigrew e Tropp (2006) risiedeva nelle caratteristiche del data base, nel senso che molti degli studi presenti nella letteratura sul contatto non sono di tipo sperimentale o longitudinale. Solo in situazioni controllate sperimentalmente possono, infatti, essere ridotte le ambiguità rispetto alle relazioni di dipendenza tra le diverse manipolazioni del contatto e l'outcome. Tuttavia, generalmente, il contatto può essere studiato in condizioni naturali attraverso l'analisi delle correlazioni che, però, non ci consentono di affermare la direzione della relazione ovvero, di stabilire se il contatto predice cambiamenti sugli atteggiamenti intergruppo o, viceversa, se sono piuttosto le differenze individuali che orientano le persone a cercare o mantenere il contatto con persone che appartengono all'outgroup. Entrambe le ipotesi (contatto → atteggiamenti e viceversa, differenze individuali → contatto), infatti, sembrano plausibili.

Come riporta Hewestone (Hewestone, 2009; Tausch, Kenworthy e Hewstone, 2006; Hewestone e Voci, 2009) questo limite è stato affrontato dagli studiosi in modi differenti e attraverso sofisticati livelli di analisi.

In particolare, sono stati utilizzati tre metodi alternativi. Il primo metodo è dato dai *Modelli di Equazioni Strutturali (MES)*, che hanno dimostrato la bidirezionalità del legame tra contatto e atteggiamenti verso l'outgroup, ma anche l'esistenza di una

---

<sup>21</sup> In particolare, la correlazione è molto significativa quando:

- a) gli studi vengono condotti attraverso metodi sperimentali e in contesti ricreativi, piuttosto che scolastici e residenziali;
- b) i partecipanti allo studio appartengono a gruppi di maggioranza, piuttosto che minoritari (cfr. Tropp, 2007; Tropp e Pettigrew, 2005b);
- c) l'area oggetto di indagine riguarda l'orientamento sessuale e il background etnico-culturale;
- d) e, infine, le variabili considerate sono di tipo affettivo (emozioni e sentimenti), piuttosto che cognitivo (credenze e stereotipi) (cfr. in particolare, cfr Tropp e Pettigrew, 2005a).

relazione causale più forte che va dal contatto al pregiudizio, piuttosto che nella direzione inversa.

Il secondo metodo consiste nella scelta di studiare tale relazione in *contesti di contatto obbligato*, in cui le persone che fanno parte di un certo spazio di vita non possono scegliere se entrare o meno in interazione con i membri dell'outgroup.

Il terzo metodo, infine, riguarda l'uso di *disegni di ricerca longitudinali*, in cui il contatto e il pregiudizio possono essere misurati in tempi diversi su uno stesso gruppo di soggetti.

Secondo Pettigrew e Tropp (2006), tra i suddetti metodi, quelli che prevedono studi condotti in contesti obbligati analizzerebbero più efficacemente gli effetti del contatto sulla riduzione del pregiudizio.

In sintesi, le ricerche avviate per rispondere al quesito della direzione causale tra contatto e pregiudizio sembrano indicare una sorta di sequenza circolare a spirale per cui il contatto riduce il pregiudizio e la riduzione del pregiudizio rende ancora più probabile il contatto (Pettigrew, 1997). Le implicazioni di tali evidenze scientifiche sulla pianificazione dei progetti di intervento sono notevoli, in quanto consentono di presupporre che il contatto possa migliorare le relazioni tra i gruppi, anche a partire da alti livelli di pregiudizio verso l'outgroup, (Hewstone e Voci, 2009).

Uno studio successivamente condotto da Pettigrew e Tropp (2008), rileva inoltre che il contatto riduce il pregiudizio quando:

- a) accresce la conoscenza dei gruppi culturalmente diversi;
- b) sono presenti bassi livelli di ansia nel contatto tra i gruppi
- c) consente ai membri dell'interazione di assumere empaticamente la prospettiva dell'altro.

Le suddette variabili (conoscenza o familiarità con i membri dell'outgroup, ansia intergruppi ed empatia), dette *variabili di moderazione*, intervengono sul legame tra il contatto e la riduzione del pregiudizio aumentandone la forza.

Tuttavia, come vedremo, tra queste variabili, un peso maggiore sembra essere attribuibile a bassi livelli di ansia e all'empatia.

Recentemente, alcuni studi condotti in questa direzione, hanno mostrato che l'empatia esperita nel contatto intergruppi può agevolare il processo di espansione del se (self-expansion) fino ad includere l'outgroup: l'empatia attiverebbe cioè un

processo di *deategorizzazione* e *individuazione* delle caratteristiche delle persone che appartengono all'outgroup (Aron e McLaughlin-Volpe, 2001). Inoltre, le capacità di *assumere la prospettiva dell'altro* e di *empatizzare con persone appartenenti all'outgroup* risultano correlarsi negativamente con atteggiamenti negativi verso l'outgroup, come per esempio i pregiudizi, l'autoritarismo e l'orientamento alla dominanza sociale (McFarland, 1999, letto in Pettigrew e Tropp, 2008).

Secondo quanto evidenziato fin ora, gli effetti del contatto potrebbero essere apprezzati solo in situazioni in cui il contatto si verifica. In una società complessa, però non sempre il contatto con altri gruppi culturali avviene nelle modalità ipotizzate da Williams e Allport, ovvero attraverso la conoscenza e l'interazione diretta. In realtà, gli studiosi hanno messo in evidenza che esistono altre diverse tipologie di contatto (Wright, Aron, McLaughlin-Volpe e Ropp, 1997). Accanto a un tipo di contatto diretto esiste, infatti, una modalità di *contatto di tipo indiretto o esteso*.

Ciò renderebbe conto anche il fatto che non essere direttamente coinvolti *face to face* nel contatto con persone dell'outgroup può esercitare effetti sulla riduzione del pregiudizio e sullo sviluppo di atteggiamenti favorevoli nelle relazioni intergruppo.

Anzi, sembrerebbe che le amicizie indirette (ovvero sapere che gli amici del proprio ingroup hanno a loro volta amicizie con membri dell'outgroup), accrescano la probabilità di una riduzione degli atteggiamenti negativi verso l'outgroup e, potenzialmente, si presentano come occasioni per diffondere una visione più armoniosa delle relazioni sociali intergruppi.

Le ragioni sono essenzialmente due. Innanzi tutto, nel contatto indiretto l'appartenenza al gruppo è meno saliente. Una minore demarcazione ingroup-outgroup, consente una maggiore generalizzazione delle categorie positive attraverso cui solitamente vengono percepiti i membri del proprio gruppo. Di conseguenza, ciò renderebbe, più facile lo sviluppo di una rappresentazione di piacevolezza del contatto. Inoltre, nel contatto indiretto, la relazione intergruppi è più leggera, nel senso che osservare tramite altre persone la relazione intergruppi preserva dalle quote di ansia e tensione sociale che, invece, si possono sviluppare in un coinvolgimento diretto. La riduzione dell'ansia intergruppi, come vedremo, consente di esplorare con maggiore serenità sia le differenze tra le norme sociali e giuridiche

proprie di ciascun gruppo sia le norme che regolano la relazione tra i gruppi (Hewestone, 2006; Hewestone e Voci, 2009).

Per questi motivi, le modalità di contatto indiretto avrebbero un impatto più ampio nel processo di cambiamento, perché coinvolgendo persone a più ampio raggio, rendono evidenti gli effetti positivi del contatto non solamente alle persone che lo vivono in forma diretta, ma anche a quelle che lo osservano nell'uno e nell'altro gruppo (Turner, Hewstone, Voci, 2007; Turner, Hewstone, Voci, Paolini e Christ, 2008; Turner, Hewstone, Voci e Vonofakou, 2008).

Le odierne forme di contatto indiretto - per esempio attraverso la rete Internet (pensiamo ai social network) o i media - sono strumenti che ci possono consentire di apprezzare i cambiamenti legati all'osservazione indiretta del contatto intergruppi (Amichai-Hamburger e McKenna, 2006). Recenti ricerche stanno, inoltre, concentrando l'attenzione sulle forme immaginate del contatto con i membri dell'outgroup (Turner, Crisp e Lambert, 2007).

### *2.3.3. Effetti di moderazione e di mediazione.*

Come già accennato, gli studi hanno evidenziato che quando le appartenenze sono meno salienti, il processo di categorizzazione e attribuzione degli stereotipi negativi legati alla categoria si riduce, aumentando la possibilità di sviluppare un maggior senso di familiarità con i membri di gruppi culturali differenti e una maggiore piacevolezza nella relazione con loro<sup>22</sup>. Questa percezione, abbiamo anche visto che si può trasferire nel modo di pensare e di comportarsi nelle relazioni interculturali (Miller, 2002; Mucchi Faina, 2006).

Il modello dell'*identità dell'ingroup comune* proposto da Gaertner e collaboratori (Dovidio, Kawakami e Gaertner, 2000) è, in tal senso, l'esempio di un modello interpretativo degli effetti del contatto in cui la minore salienza delle appartenenze costituisce la condizione in cui il contatto è in grado di generare effetti positivi (riduzione del pregiudizio, atteggiamenti positivi, piacevolezza nel contatto, ecc.).

---

<sup>22</sup> Secondo il modello della *decategorizzazione*, o *personalizzazione* proposto da Brewer e Miller (1984), una interazione tra gruppi diversi è efficace se avviene a livello personale. La personalizzazione sposta il focus dell'attenzione sulle caratteristiche individuali dei soggetti che interagiscono tra loro, piuttosto che sulle appartenenze di gruppo. Di conseguenza, eliminando la salienza delle appartenenze di gruppo, si possono neutralizzare anche le attribuzioni categoriali discriminanti verso l'outgroup.

Nello specifico, in questo modello, l'ipotesi di fondo è che il sentimento di appartenenza ad una entità sovraordinata - che include ingroup e outgroup - facilita comportamenti positivi e favorevoli tra i gruppi (come per esempio, la cooperazione) e la riduzione del pregiudizio.

In direzione opposta, invece si muovono Hewestone e collaboratori, i quali argomentano in diversi lavori (Brown e Heweston 2005; Hewestone, 1996; Hewestone 2009; Hewestone e Voci, 2009) i limiti di modelli interpretativi volti a considerare la salienza delle appartenenze come un ostacolo nelle relazioni intergruppo.

Le considerazioni espresse dagli autori riguardano due questioni. La prima è di ordine pratico perché fare ciò (riferirsi quotidianamente ad appartenenze sovraordinate) è praticamente irrealizzabile nella vita quotidiana. La seconda è di tipo logico, in quanto, la costruzione di una identità dell'ingroup comune non riesce a spiegare in che modo e a quali condizioni gli esiti del contatto interpersonale possono essere trasferiti anche a tutto il gruppo target e agli altri suoi singoli membri.

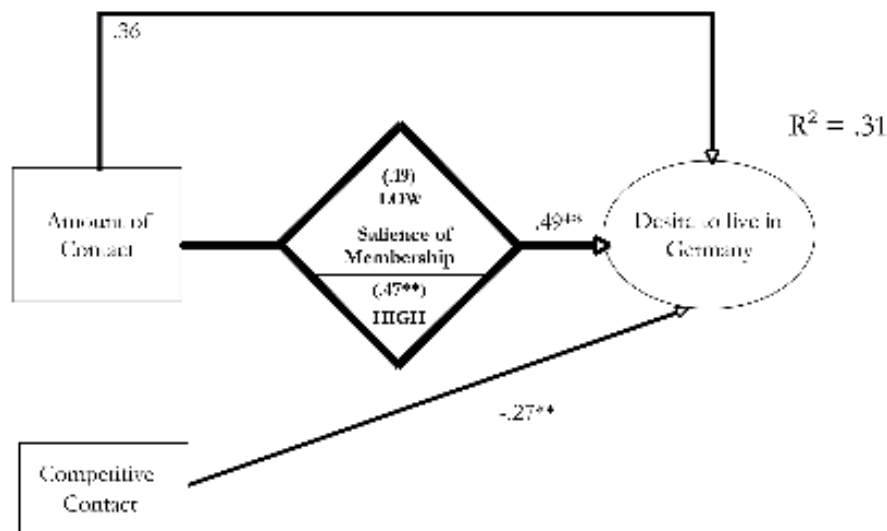
Infatti, da un punto di vista cognitivo, è proprio la salienza delle appartenenze che legare le persone ai gruppi ed è quindi molto probabile che essa intervenga piuttosto a moderare gli effetti del contatto: più pensiamo alle persone che incontriamo come rappresentanti tipici di un outgroup, più è probabile che estendiamo le impressioni positive vissute a livello interpersonale con quelle persone anche a tutti gli altri membri del loro gruppo.

In tal senso, Hewestone e coll. (Hewestone, 1996; Hewstone e Brown, 1986; Brown e Hewstone, 2005), propongono una prospettiva diversa, secondo la quale la salienza delle appartenenze di gruppo «non è un nemico da combattere, ma una risorsa da utilizzare» (Hewstone e Voci, 2009, p. 11).

Il modello proposto dagli autori si chiama di *mutua differenziazione* (Hewstone e Brown, 1986), definito più recentemente *modello del contatto intergruppi* (Brown e Hewstone, 2005,). Nello specifico, se il contatto avviene nelle condizioni ottimali individuate da Allport, in situazioni caratterizzate da una elevata salienza delle reciproche appartenenze e con persone che consideriamo esemplari tipici e rappresentativi dei loro rispettivi gruppi di appartenenza, allora gli effetti positivi del contatto sulla riduzione del pregiudizio saranno maggiori (gli effetti si propagano ad

un livello di generalizzazione più ampio).

Il modello riportato in FIGURA 1 spiega gli effetti della moderazione della salienza delle appartenenze. In particolare, nello studio condotto da Brown, Vivian e Heweston (1999), quando l'appartenenza alla nazione acquista una maggiore rilevanza soggettiva, la relazione tra contatto e atteggiamenti (che, in questo caso sono positivi: desiderio di vivere in Germania) è significativamente più forte, mentre la significatività di tale relazione non emerge in condizioni di bassa salienza.



**FIGURA 1.** Effetti di moderazione della salienza delle appartenenze.

**Fonte:** Brown, R., Vivian, J., & Hewstone, M. (1999). In Hewstone, M. (2009).

Per le implicazioni che ne derivano, un limite del *modello del contatto intergruppi* (Hewstone e Brown, 1986; Brown e Hewstone, 2005) è dato dal fatto che così come la salienza delle appartenenze favorisce l'estensione dei giudizi positivi all'intero outgroup, allo stesso modo quando il contatto non genera effetti positivi, ma avviene per esempio in condizioni di tensione sociale, ansia o conflitto tra i gruppi, allora aumenta anche la possibilità che possano essere generalizzati anche a tutto l'outgroup - e agli altri suoi membri - le impressioni e i giudizi negativi maturati nella dimensione interpersonale del rapporto interculturale.

Pettigrew (1998) propone una possibile integrazione teorica dei due diversi approcci pensando ad un continuum temporale ottimale in cui:

- a) inizialmente, le interazioni sono caratterizzate da contatti di tipo



interpersonale, in cui è possibile apprezzare la relazione sul piano esperienziale, ovvero attraverso i processi di personalizzazione e di decategorizzazione che riducono l'impatto delle emozioni negative (per esempio, ansia intergruppi) e rendono piacevole l'incontro e la conoscenza reciproca;

b) in un secondo momento, la possibilità di poter riflettere sulla salienza delle reciproche appartenenze, potrebbe favorire a livello cognitivo il processo di ricategorizzazione e generalizzazione dei giudizi positivi a tutto l'outgroup;

c) infine, lo sviluppo di una identità comune sovraordinata sosterebbe nel tempo una interazione positiva tra i membri dei diversi gruppi.

Sulla base di quanto già evidenziato da Allport (1954), il contatto riduce il pregiudizio perché consente di acquisire conoscenze più approfondite sull'outgroup.

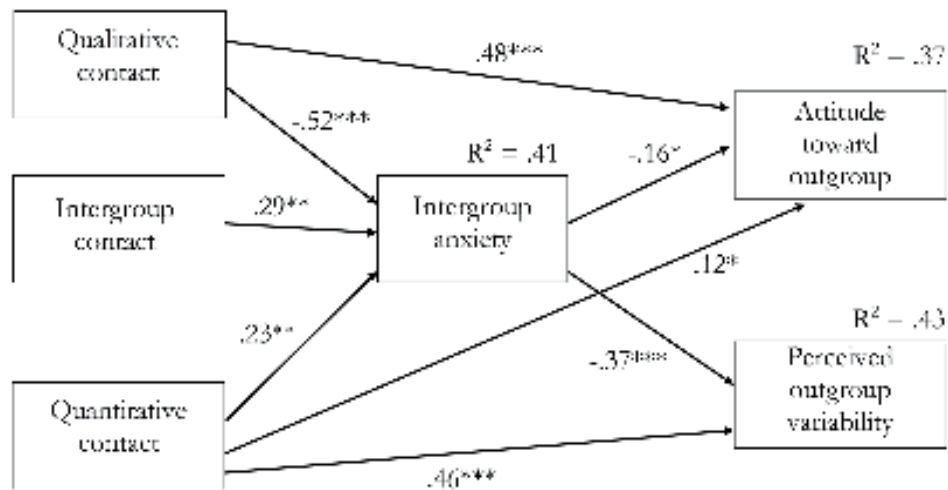
Studi successivi grazie anche allo sviluppo metodologico e teoretico sull'argomento hanno individuato la marginalità dell'affermazione di Allport. In particolare la possibilità di avvalersi di strumenti di analisi più sofisticati (MES), ha consentito di esplorare meglio e di dimostrare che altre variabili entrano nella relazione causale tra contatto e atteggiamenti verso l'outgroup con *effetti di mediazione* (Dovidio, Gaertner e Kawakami, 2003; Kenworthy, Turner, Hewestone e Voci, 2005; Pettigrew, 1998).

Per esempio, è stata dimostrata la diversa implicazione di mediatori affettivo-emotivi e cognitivi (conoscenza delle norme dell'ingroup e dell'outgroup e percezione di vicinanza tra se e l'outgroup) a seconda che si parli di contatto diretto o esteso. Come riporta Hewestone (2009), sembra che le variabili di tipo affettivo esercitino un ruolo maggiormente rilevante rispetto alle variabili cognitive (Pettigrew, 1998; Pettigrew e Tropp, 2008), in quanto secondo gli autori, consentirebbero alle persone di stabilire relazioni amicali. L'amicizia, secondo Pettigrew (1998) è in grado di ridurre sentimenti negativi e di aumentare quelli positivi nel contatto.

Per quanto riguarda la modalità del contatto diretto, la possibilità di incontrare persone sconosciute appartenenti a un gruppo sociale esterno al proprio, può comportare sentimenti di incertezza circa le norme comportamentali da adottare e preoccupazioni relative alla possibilità di essere rifiutati e di sentirsi incompresi (Stephan e Stephan, 1985). *L'ansia intergruppi* può agire aumentando il pregiudizio perché impegna le persone in uno stato di attivazione eccessiva (stress), riducendone

le risorse cognitive e percettive e facilitando il ricorso a modalità semplificate di elaborazione delle informazioni, quali ad esempio, gli schemi e gli stereotipi (Paolini, Hewstone, Voci, Harwood e Cairns, 2006).

Sembra, dunque, molto importante, da un punto di vista psicosociale e comunitario, attenzionare il livello di ansia nelle relazioni interpersonali e intergruppi, per poter meglio orientare le possibilità di sviluppo collettivo. Come, infatti, a livello interpersonale l'amicizia può generare effetti di mediazione dello stress – come avviene anche nelle relazioni intime (La Greca e Lopez, 1998; Cohen, Sherrod e Clark, 1986) – così, anche l'amicizia intergruppi può mediare lo stress del contatto riducendo l'ansia e le aspettative negative nei confronti degli altri membri dell'outgroup (Paolini, Hewstone, Cairns, & Voci, 2004; Tropp, 2003).



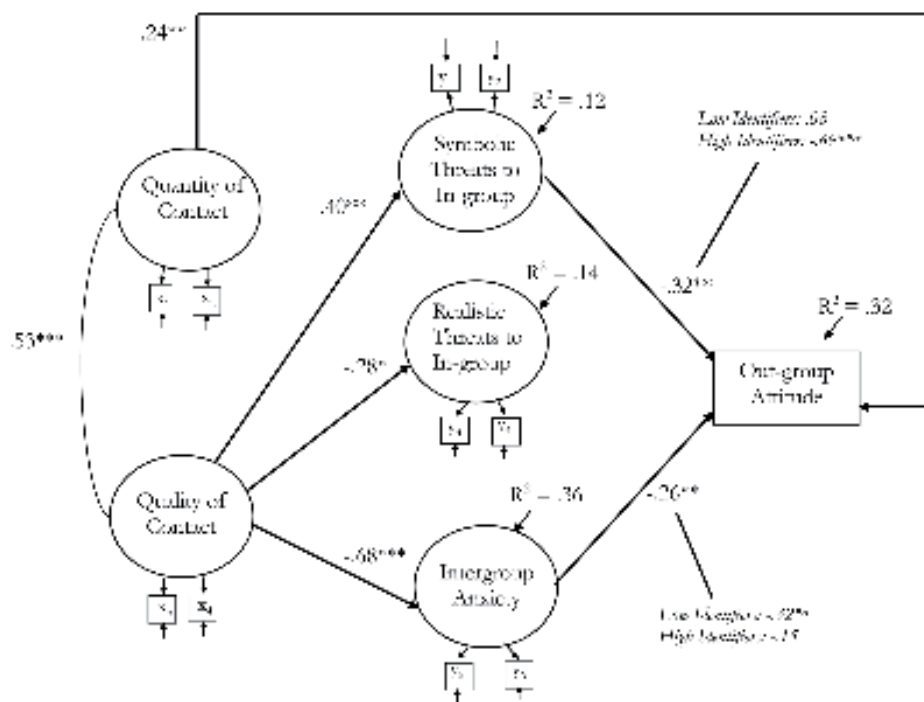
**FIGURA 2.** Effetti di moderazione dell'ansia intergruppi nel contatto diretto (MES).  
**Fonte:** Islam, M.R. & Hewstone, M. (1993). In Hewstone, M. (2009).

Anche gli studi di Hewstone e coll. (Islam e Hewstone, 1993) giungono a queste conclusioni, evidenziando in particolare che *l'ansia intergruppi* costituisce un fattore che spiega come sia qualitativamente che quantitativamente il contatto può modificare gli atteggiamenti e le percezioni verso l'outgroup. In particolare, nella FIGURA 2 è possibile vedere che sia la qualità del contatto sia la quantità sono associate negativamente all'ansia e positivamente agli outcome atteggiamenti e percezione.

Le relazioni tra i gruppi possono essere caratterizzate anche dalla percezione che una qualche *minaccia, reale* – per esempio la perdita del potere politico o

economico - o simbolica – come la perdita dei valori, delle credenze della propria visione del mondo - possa conseguire dal contatto con l'outgroup (Stephan et al 2002; Stephan e Renfro, 2003; Stephan e Stephan, 2000).

Questo aspetto è stato approfondito anche da Hewestone e coll. (Tausch, Tam, Hewstone, Kenworthy e Cairns (2007), i quali evidenziano che mentre dal punto di vista della quantità il contatto con l'outgroup agisce direttamente sullo sviluppo di atteggiamenti positivi, la qualità del contatto ha invece degli effetti indiretti sull'outcome. In particolare, gli atteggiamenti si modificano attraverso la mediazione di bassi livelli di ansia e bassa percezione della minaccia simbolica, ovvero quanto più positivo è il contatto e tanto meno presente è la percezione di una minaccia simbolica o quanto più basso è il livello di ansia percepita, tanto più potranno essere apprezzati atteggiamenti favorevoli verso l'outgroup (FIGURA 3).



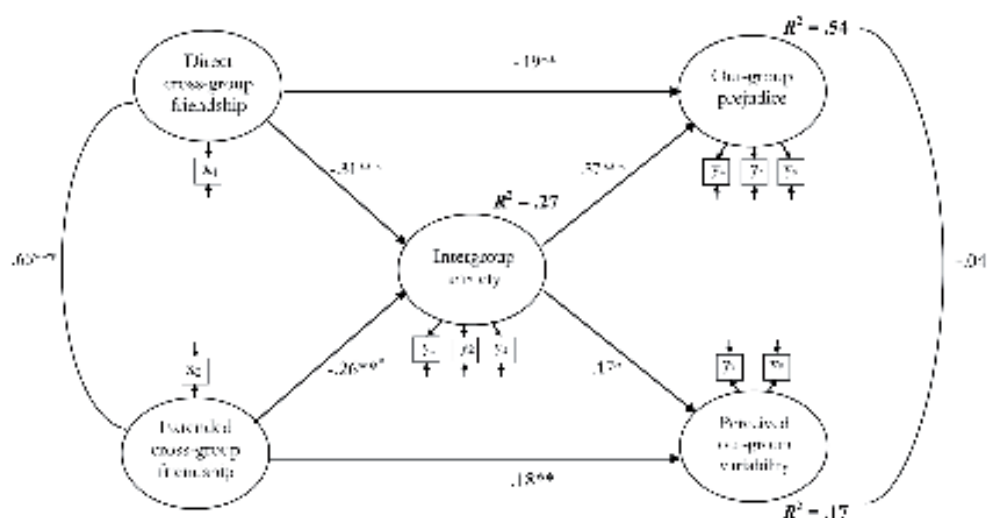
**FIGURA 3.** Effetti di mediazione della minaccia simbolica e dell'ansia intergruppi nel contatto diretto (MES)

**Fonte:** Tausch, N., Tam, T., Hewstone, M., Kenworthy, J. B., & Cairns, E. (2007). In Hewestone, M. (2009)

Oltre all'ansia e alla minaccia, anche altre emozioni intergruppo (per esempio, l'empatia) e variabili cognitive (decentramento e perspective taking), riducono notevolmente i pregiudizi e favoriscono atteggiamenti positivi verso gruppi stigmatizzati (Batson e coll, 1997).

In particolare, è stato evidenziato il ruolo di mediazione di due componenti affettive dell'empatia: l'empatia *reattiva* e l'empatia *parallela* (Swart, Hewstone, Christ e Voci, 2009; Voci e Hewstone, 2007). La prima riguarda emozioni positive di calore e comprensione vissute come reazione a situazioni di difficoltà sperimentate da un'altra persona, la seconda riguarda invece emozioni negative simili a quelle vissute dall'altra persona. Il decentramento, in quanto capacità cognitiva di assumere la prospettiva dell'altro, può essere considerato come una terza componente dell'empatia (Stephan e Finlay, 1999). Infine, recentemente è stato considerato il ruolo di mediazione della self-disclosure nel contatto diretto intergruppo, ovvero delle condizioni di presentazione di importanti aspetti di sé agli altri, che sappiamo essere molto importanti nello sviluppo delle relazioni interpersonali (Turner, Hewestone e Voci, 2007b; Hewestone et al, 2008).

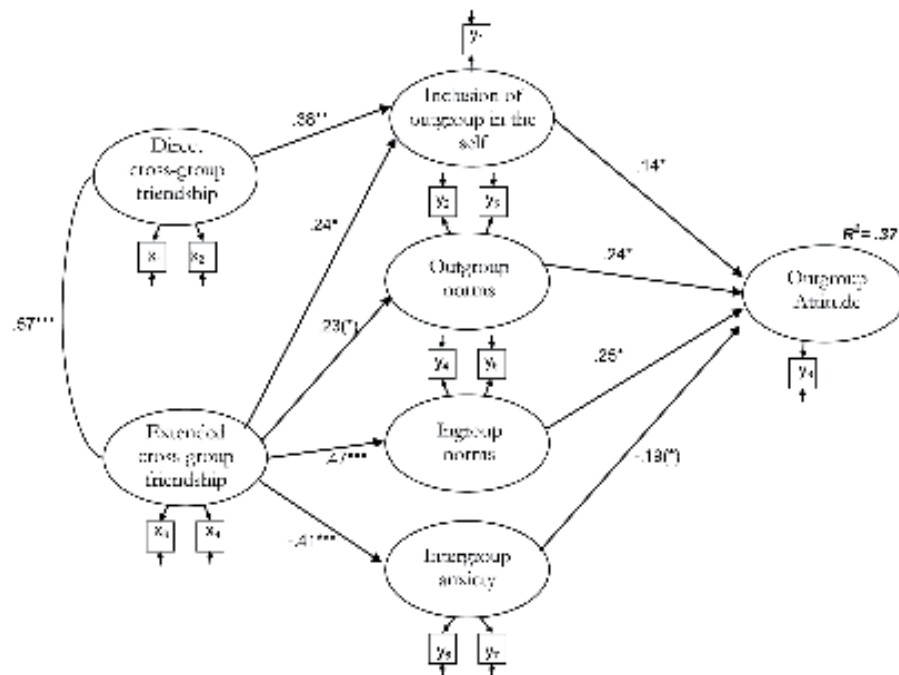
Lo studio degli effetti di moderazione nel contatto esteso sono ancora ai primi passi. Sono stati analizzati gli effetti di moderazione dell'ansia intergruppi e della percezione delle norme dell'outgroup e dell'ingroup ma, più che altro, in termini di comparazione per la valutare degli effetti del contatto diretto. Comunque, come per esempio si può vedere in FIGURA. 4, questi studi (Paolini, Hewestone, Cairns e Voci, 2004) hanno evidenziato che, anche nella modalità del contatto indiretto, a bassi livelli di ansia corrispondono anche bassi livelli di pregiudizio nell'amicizia intergruppi.



**FIGURA 4.** Effetti di moderazione dell'ansia intergruppi nel contatto indiretto (MES)  
**Fonte:** Paolini, S., Hewstone, M., Cairns, E., & Voci, A. (2004). In Hewstone, M. (2009)

In un altro recente studio, Hewestone e coll. (Turner, Hewestone, Voci e Vonofakou, 2008), hanno realizzato un modello di analisi per testare simultaneamente gli effetti di moderazione dell'ansia intergruppi, delle norme sociali dell'ingroup e dell'outgroup e della percezione di sé come membro dell'ingroup o piuttosto come individuo (categorizzazione vs individuazione).

In particolare, nella FIGURA 5 si possono osservare gli sia effetti di mediazione della *percezione delle norme sociali dell'ingroup* - per esempio, sapere che i membri del proprio gruppo stabiliscono e considerano positivamente le relazioni con i membri dell'outgroup - *che la percezione delle norme dell'outgroup* - per esempio, osservare che i membri dell'outgroup sono interessati a stabilire relazioni positive con i membri dell'ingroup - sugli atteggiamenti vs l'outgroup che e *la percezione della vicinanza tra il se e l'outgroup*, mutuata dall'osservazione di un'amicizia tra un membro dell'ingroup e uno dell'outgroup (Turner, Hewestone, Voci e Vonofakou, 2008).



**FIGURA 5.** Effetti dell'ansia intergruppi, delle norme percepite (relativamente all'ingroup e all'outgroup) e dell'autocategorizzazione vs individuazione nel contatto indiretto (MES).

**Fonte:** Turner, R. N., Hewestone, M., Voci, A., & Vonofakou, C. (2008). In Hewestone, M. (2009).

## *2.4. Intercultura e comunicazione .*

«La creazione di uno spazio interculturale non è una questione di tolleranza dell'altro, nel senso che gli si concede di comportarsi come crede fintanto che non invade spazi che non gli appartengono»

(Mantovani, 2004, p. 65)

La comunicazione è il comportamento che consente alle persone e ai gruppi di interagire e relazionarsi tra loro. La comunicazione interculturale è un comportamento tutt'altro che semplice, anche se oggi si fa un uso inflazionistico di questo termine. In questo tipo di comunicazione si presentano, infatti, diverse difficoltà: alcune riguardano le aspettative degli interlocutori, le rappresentazioni e le attese reciproche; altre riguardano le differenze culturali rispetto a credenze, norme, valori, modi di esprimersi e di comportarsi (Mucchi Faina, 2006).

Anche se nella ricerca scientifica, il concetto di comunicazione interculturale è di uso relativamente recente, le problematiche inerenti la comunicazione nel contatto tra le culture sono rintracciabili già nelle produzioni scientifiche di antropologi, etnologi, studiosi di filosofia e di storia di fine Ottocento.

È però solo negli anni Sessanta che l'etnologo Hall (1959) introduce una definizione esplicita di comunicazione interculturale. In particolare, lo studioso propone un modello semiotico in cui l'interazione comunicativa si realizza anche attraverso la produzione di indicatori allusivi (come il tono della voce, l'espressione del volto, la postura, l'abbigliamento ecc), che veicolano informazioni chiare di carattere formale o tecnico e informazioni informali in modo velato o parziale. Attraverso il modello esplicativo proposto da Hall, si può comprendere bene come, negli scambi comunicativi tra interlocutori che non condividono il medesimo sistema di riferimento per interpretare gli elementi della relazione, sia presente il rischio di fraintendimenti, anche gravi.

Da un punto di vista etico, si può parlare di comunicazione interculturale quando viene riconosciuta reciprocamente la parità dei diritti e dei valori, ovvero quando si abbandonano atteggiamenti di dominanza e subordinazione (Steinmetz, 2001) mentre, da un punto di vista psicologico, occorrono apertura mentale e atteggiamenti favorevoli che nel comportamento verbale e non verbale consentano agli interlocutori di percepire apertura e accoglienza (Mucchi Faina, 2006).

Per contrastare il rischio di fraintendimenti sulla base delle aspettative e delle rappresentazioni sociali, diventano, utili una serie di accorgimenti che, come abbiamo visto attraverso gli studi sul contatto, si rivelano molto utili favorire la piacevolezza negli scambi comunicativi: *l'empatia* (cognitiva ed emozionale), la *self-disclosure*, la *vicinanza* all'outgroup ecc. Il limite del ricorso a questo tipo di accorgimenti risiede nel fatto che essi implicano la capacità di un controllo attivo da parte del soggetto mentre, invece, le interazioni tra gruppi o persone di diversa cultura avvengono generalmente in situazioni di pressione in cui controllare la componente automatica dell'attivazione degli stereotipi negativi e dei pregiudizi appresi socialmente diventa davvero molto difficile (Devine, 1989; Arcuri e Cadinu, 1998).

È stato osservato, inoltre, che le competenze interculturali possono svilupparsi attraverso l'apprendimento (Kawakami et al., 2000) o anche a seguito di un effetto che possiamo dire di trasferimento dell'esperienza in contesti diversi (Dasgupta e Greenwald, 2001). Chiaramente, questi studi presentano notevoli implicazioni sul piano educativo e in prospettiva di una formazione interculturale nei contesti di apprendimento.

I problemi comunicativi possono, inoltre, essere determinati da un eccesso opposto, che potremmo dire di *fairness*, ovvero quando si cerca in tutti i modi di dimostrarsi non pregiudizievoli o di assumere atteggiamenti di eccessiva protezione o paternalistici nei confronti dei membri di un outgroup. Questi comportamenti sembrano conseguire dalla considerazione dell'importanza sociale che assumono, nel proprio contesto di vita, le norme di correttezza e ospitalità. Il timore di trasgredire a un così elevato valore sociale, potrebbe qualche volta indurre ad eccessiva compiacenza fino a giustificare comportamenti generalmente non giustificabili, se compiuti da un membro dell'ingroup, evidenziando così il rischio di riferire la mancanza di appropriatezza di un comportamento dell'altro a qualche sua condizione di inferiorità (Mucchi Faina, 2006).

Per quanto riguarda invece gli ostacoli comunicativi che riguardano le differenze culturali, un peso rilevante nel fraintendimento assumono il *falso consenso* e i *processi di attribuzione causale*. Si tratta di diversi modi di interpretare gli eventi e le circostanze che, in quanto culturalmente appresi, riflettono categorie semantiche differenti e non immediatamente evidenti a interlocutori di diversa provenienza.

Questi fraintendimenti possono sorgere intorno alle pause di silenzio all'interno di un dialogo e intorno al diverso modo di esprimere le emozioni o di interpretarle.

I fraintendimenti possono riguardare anche il diverso *stile comunicativo*. In particolare, sullo stile comunicativo, possiamo distinguere tipi di comunicazione ad alto o basso contesto e stili comunicativi diretti o indiretti.

Secondo Hall (1969), nella *comunicazione ad alto contesto* le informazioni sono espresse in modo implicito e non verbale; in quelle a *basso contesto* i messaggi sono, invece, codificati e veicolati esplicitamente attraverso il linguaggio verbale. Ogni cultura valorizza l'uno o l'altro stile che viene socializzato ai membri più giovani.

Le ricerche hanno evidenziato che gli stili comunicativi dipendano da differenze sia legate al genere sia connesse alla cultura di appartenenza (in particolare, culture individualiste vs collettiviste). Esisterebbe cioè una differenza di stile tra uomini e donne e tra le diverse culture. Queste differenze sarebbero responsabili di fraintendimenti per quanto riguarda, nello specifico, le *forme di espressione più o meno indiretta nella comunicazione* (Tannen, 1982; Markus e Kitayama, 1991; Hara e Kim, 2003; Sanchez-Burks et al. 2003). Sembrerebbe cioè che tra uomini e donne e tra culture diverse possano sorgere equivoci che riguardano un particolare aspetto della comunicazione, ovvero il giudizio di appropriatezza di uno stile diretto, piuttosto che indiretto.

Un altro particolare aspetto che ostacola la comunicazione interculturale riguarda la tendenza spontanea ad *accentuare le differenze* piuttosto che le similarità con l'interlocutore (Pekerti e Thomas, 2003). Ciò chiaramente crea distanza, ma essendo i comportamenti di avvicinamento e di adattamento una risposta non abituale, la prima implicazione evidente è il ricorso a forme di apprendimento che esercitino all'uso di strategie comunicative più favorevoli al dialogo.

Anche le *differenze di status*, infine, possono generare grandi fraintendimenti culturali, perché richiamano le asimmetrie e la diversa distribuzione di quote di potere nella relazione. Le ricerche hanno mostrato che, nel conflitto interculturale, la salienza delle differenze di status esercita un peso maggiore rispetto alle differenze culturali (Mucchi Faina, 2006). In tal senso, nella comunicazione interculturale, anche gli aspetti relativi allo status, oltre che alla cultura, dovrebbero essere gestiti con molta sensibilità.



PARTE SECONDA  
RELAZIONI INTERCULTURALI IN AMBITO SANITARIO

### CAPITOLO III: LA RICERCA

«Nel mio paese natio, ho la possibilità di accedere un po' alla vostra cultura leggendo alcuni vostri grandi pensatori. Un tale Marco Tullio Cicerone diceva di cosa è fatta la convivenza umana. L'impero gli chiedeva di comportarsi, in quanto console in Sicilia, in un determinato modo nei riguardi dei sudditi. Eppure, in Cicerone era prevalso il senso di umanità. Infatti in una delle sue opere, "De Officiis", sostiene che "coloro che dicono di aver riguardo solo dei concittadini, e non degli stranieri, dissolvono la convivenza umana e, distrutta questa, anche l'inclinazione a fare del bene" (Libro III, VI, 8, 28). Nella mia terra natia, in Africa, uno scrittore, Hampâté Bâ diceva che "noi e voi non abbiamo avuto lo stesso passato, ma avremo per forza lo stesso futuro. Perché l'era dei singoli destini è superata". Ed io mi permetto di aggiungere che quell'era è superata per sempre anche in Italia».

(Bilongo 2010, p. 89).

Le migrazioni giocano un ruolo molto importante nella comprensione dei processi di costruzione sociale della realtà. Le parole di J. R. Bilongo, mediatore culturale, esprimono molto chiaramente il bisogno di una rinnovata ricerca di senso nella convivenza umana, non come coesistenza di singoli destini – prospettiva legata a una visione multiculturale - ma come processo di cambiamento sociale che coinvolge tutti noi, in diversi ambiti del vivere quotidiano, in continui scambi di pratiche, routine e artefatti, in relazioni interculturali in cui le culture e le diversità culturali costituiscono frontiere permeabili, utilizzabili come risorse, come luoghi reali e simbolici di trasformazione.

In questa prospettiva, la *ricerca del significato* costituisce l'atteggiamento di fondo sul quale è stato realizzato il presente lavoro che, nello specifico, intende analizzare le caratteristiche emergenti delle attuali relazioni interculturali in un luogo di incontro, quello della cura sanitaria, molto importante all'interno di una comunità perché è legato al mantenimento, o al ripristino, del benessere sia individuale che collettivo.

Conseguentemente ai cambiamenti sociali scaturiti dalle trasformazioni dei flussi migratori, discussi nel primo capitolo, la prospettiva interculturale sta coinvolgendo sempre di più i servizi di cura. Le attuali migrazioni verso l'Italia, come

abbiamo visto, vanno definendo una presenza più stabile di famiglie, che necessitano di instaurare, soprattutto in alcuni periodi critici della vita familiare, una relazione positiva con gli operatori dei servizi territoriali, fondata sulla possibilità di fidarsi e di potere affidare la tutela della salute di tutti i suoi membri. La nascita dei figli rappresenta uno tra i periodi critici che espongono maggiormente la famiglia migrante a un periodo di vulnerabilità psicosociale, il cui attraversamento dipende anche dal ruolo esercitato dai servizi educativi, sociali e sanitari. In particolare, la qualità del rapporto interpersonale tra le famiglie e gli operatori definisce, nell'esperienza migratoria, la ricostruzione di una rete sociale interrotta dal viaggio. Nel nuovo paese, il vicinato, gli educatori, i datori di lavoro e gli operatori dei servizi riempiono gli spazi relazionali che, nel paese d'origine, appartenevano alle figure familiari, diventando nuovi e importanti punti di riferimento nel processo di adattamento all'ambiente.

Nella relazione di cura professionale alle famiglie, la capacità di rilevare correttamente le richieste d'aiuto è una competenza professionale fondamentale. Inoltre, la comunicazione interculturale è un aspetto essenziale per la creazione della fiducia di base tra medico (o più in generale, operatore della salute) e paziente, ed essa assume un ruolo centrale nel processo diagnostico.

Uno dei problemi della relazione di cura con i pazienti migranti risiede appunto, nella capacità di riuscire a stabilire una comunicazione funzionale e appropriata, utile a instaurare questo clima relazionale reciprocamente favorevole alla cura. Il contatto interculturale pone, infatti, agli operatori difficoltà che variano dalla diversità linguistica a quella culturale e quest'ultima non è risolvibile attraverso una mera traduzione. Per gli operatori diventa necessario sviluppare un approccio alla cura culturalmente competente, utile a co-costruire insieme alla famiglia percorsi di crescita sani e protettivi.

In questo lavoro, che si ispira alla prospettiva della psicologia culturale (Cole, 2004), l'idea di fondo è che la cultura non è una variabile definita a priori, un oggetto reificato (Mantovani, 2004; 2009), ma è un dinamismo che scaturisce da processi di costruzione e ricostruzione della realtà, da percorsi di negoziazione interpersonale e sociale, in cui le persone contribuiscono a creare attivamente il nuovo scenario (Panari, Mancini e Fruggeri, 2010).

In questo senso, la cultura e l'approccio interculturale alla relazione di cura sociosanitaria emergono dagli stessi attori sociali che partecipano alla creazione di un comune scenario all'interno dei propri luoghi di interazione sociale – di luoghi di lavoro, nel nostro caso - confrontandosi, contestando, modificando e costruendo - come direbbe Benhabib (2005) - nuove pratiche e dispositivi in relazione all'incontro con i pazienti migranti e generando insieme a loro, pertanto, processi di trasformazione sociale.

### 3.1 Obiettivi e ipotesi.

Sono stati condotti due studi con l'obiettivo di analizzare in che modo gli operatori significano la relazione di cura con i pazienti migranti e come essi gestiscono i punti di forza e di debolezza emergenti nel contatto interculturale. In particolare, si vuole comprendere in che modo essi, pazienti e operatori, si confrontano con le diversità culturali che generano fraintendimento o che sono reciprocamente difficili da accettare, soprattutto quando il tema dell'incontro riguarda il benessere e la tutela della salute materno-infantile.

Entrambi gli studi sono stati affrontati da una *prospettiva multi-metodo* e secondo un *approccio situato* alla ricerca (Mazzara, 2002 e 2009; Todd, Nerlich, Mckeown e Clarke, 2004) , intendendo in tal senso esaminare la prospettiva interculturale degli operatori sia da un punto di vista quantitativo che qualitativo e cercando di analizzare, altresì, le specifiche situazioni che essi devono affrontare nella vita quotidiana e all'interno dei propri contesti lavorativi.

In particolare, nello Studio 1 sono state esaminate le definizioni attribuite dagli operatori al concetto di "*relazione interculturale*" e il senso specifico che l'intercultura assume nelle relazioni quotidiane di cura. L'obiettivo, in questa fase del lavoro, ha riguardato la rilevazione del significato di intercultura, sia sul piano ideale che su quello reale - legato cioè con precisi riferimenti all'esperienza concreta con i pazienti migranti - al fine di evidenziare: a) le caratteristiche emergenti del significato del termine e b) le eventuali discrepanze tra piano ideale e piano reale.

Nello Studio 2 sono state esplorate le *caratteristiche del contatto interculturale* vissuto in ambito di cura professionale, rilevate attraverso il racconto degli stessi partecipanti. A tal fine, è stata condotta un'analisi per verificare gli effetti del contatto

interculturale e gli eventuali effetti di moderazione esercitati dal tipo di professione svolta. L'ipotesi di fondo è che: a) il senso di piacevolezza attribuito dai partecipanti agli scambi con i pazienti migranti e i giudizi positivi ad esso riferiti, aumentino in relazione all'aumentare del contatto interculturale e b) che l'appartenenza professionale eserciti un ruolo di moderazione sugli effetti del contatto, regolando pertanto la percezione della qualità del contatto.

## 3.2 Metodo

### 3.2.1. Partecipanti.

Hanno partecipato alla ricerca 90 professionisti, 34 donne (38%) e 56 uomini (62%), di età compresa tra i 25 e i 65 anni ( $M = 45.21$ ;  $DS = 9.37$ ). Tutti i partecipanti svolgono attività lavorativa di cura sociosanitaria (ambito materno-infantile) in strutture pubbliche di due province siciliane, Agrigento ( $N = 43$ ) e Palermo ( $N = 47$ ), e presentano un'anzianità di servizio compresa tra 1 e 40 anni ( $M = 12.39$ ;  $DS = 9.25$ ). Al suo interno, il gruppo di indagine è composto da diverse figure professionali. In particolare, 26 operatori svolgono la professione medica (nello specifico  $N = 16$  ginecologi e  $N = 10$  pediatri), 5 sono assistenti sociali, 30 sono infermieri, 6 ausiliari, 15 ostetrici e 8 mediatori linguistico-culturali.

In TABELLA 1 sono riportate le frequenze dei partecipanti rispetto alla professione svolta e alla città di appartenenza.

TAB. 1 – *Caratteristiche dei partecipanti*

	AGRIGENTO			PALERMO		
Professione	U	D	tot	U	D	tot
Infermieri	-	14	14	5	11	16
Medici	4	4	8	8	10	18
Ostetrici	-	9	9	2	4	6
Mediatori	1	3	4	2	2	4
Ausiliari	1	5	6	-	-	-
Ass. sociali	-	2	2	2	1	3
totale			43			47

### 3.2.2. Strumenti

In relazione agli obiettivi e alle ipotesi sopra descritte, sono stati utilizzati diversi strumenti - una scheda, un'intervista e uno strumento grafico - proposti individualmente ai partecipanti e prevalentemente all'interno dei rispettivi luoghi di lavoro. A tutti i partecipanti è stato garantito rispetto della privacy.

La scheda, costruita ad hoc sulla base della letteratura consultata (cfr. allegato A), ha consentito di rilevare alcune informazioni generali riguardanti la struttura socio-sanitaria di appartenenza (per esempio: servizio di appartenenza, nome della struttura o reparto, tipo di gestione) e le caratteristiche dei partecipanti (età, sesso, formazione, titolo di studio, anni di servizio, tipo di attività svolta e composizione equipe di lavoro). Inoltre, nella scheda, sono state inseriti:

a) due *misure del contatto interculturale*, una relativa alla quantità (frequenza del contatto) e l'altra relativa alla qualità (soddisfazione espressa in termini di giudizi positivi e senso di piacevolezza nel contatto);

b) un *questionario di autovalutazione* rispetto alla formazione professionale in prospettiva interculturale (per es. *"In che modo ritiene di essere preparato/aggiornato per il contatto con questo tipo di utenza?"*) e sulla conoscenza dei servizi di sostegno alla genitorialità offerti alle famiglie migranti dalla struttura di appartenenza (per es. *"esiste presso il suo servizio un progetto strutturato di sostegno alla genitorialità rivolto ai migranti? Se sì, specificare"*).

La dimensione soggettiva del contatto interculturale e la gestione dell'evento *"incontro con i pazienti migranti"* sono state esplorate attraverso un approccio narrativo e, in particolare, grazie all'utilizzo di un'intervista semi-strutturata (cfr. allegato B) e di uno strumento grafico proiettivo, il Disegno Simbolico dello Spazio di Vita Professionale (cfr. allegato C).

*Misure del contatto.* A tutti i partecipanti è stato chiesto di fornire una stima (in termini di percezione) della quantità e della qualità del contatto con i pazienti migranti incontrati nell'arco della propria attività professionale. La quantità del contatto è stata rilevata attraverso la domanda: *"Indicativamente, con quanti pazienti/utenti migranti viene a contatto?"* (scala Likert a 5 punti, da 0 *nessun contatto*

a 5 *moltissimo*). Quindi, è stato chiesto ai soggetti di esprimere la percezione della qualità dei propri contatti interculturali attraverso tre aggettivi: piacevole, positivo e negativo (scala Likert a 5 punti, da 0 *per nulla* a 5 *moltissimo*).

*Intervista in profondità.* Al fine di rilevare il significato attribuito al concetto di relazione interculturale è stata condotta una intervista adattata da Halualani (2008). In particolare, l'intervista verte su alcune domande chiave che invitano la persona a definire il concetto di interazione interculturale e ad esplicitarlo attraverso il racconto di episodi di contatto realmente vissuti nella propria esperienza professionale (per esempio, *“pensando alla sua relazione con i pazienti migranti incontrati, che definizione darebbe al concetto di relazione interculturale?”*, *“può raccontarmi che tipo di interazioni interculturali ha nel suo lavoro di ogni giorno?”*, *“cosa pensa del concetto di interazione interculturale? cosa significa per lei?”*, *“può fare un esempio di relazione interculturale vissuta nel suo luogo di lavoro? mi racconti di questa interazione ... soffermi il ricordo sulle persone, i luoghi, i tempi, le situazioni critiche, le emozioni, i pensieri e le difficoltà incontrate”*, etc.). Un aspetto molto interessante dello strumento è che le domande aperte consentono di rilevare, e inserire in fase di analisi dei dati, elementi del contatto interculturale (significati e rappresentazioni, dimensione ideale e dimensione reale) non preventivati a priori nella costruzione del modello di ricerca, ma che esercitano un impatto sulle percezioni e sull'esperienza lavorativa degli intervistati.

*Disegno Simbolico dello Spazio di Vita Professionale.* Il DSSVP (Gozzoli, Galuppo, 2005, adattamento del Family Life Space di Mostwin, 1980) è uno strumento grafico proiettivo che consente di rilevare graficamente la rappresentazione psichica di uno spazio vitale, in particolare quello professionale, in cui si collocano le relazioni con persone significative, le appartenenze organizzative e gli eventi emotivamente rilevanti del professionista intervistato. Il DSSVP costituisce uno strumento adeguato a rilevare sia la dimensione organizzativa che relazionale degli operatori dinanzi all'evento critico “incontro con il paziente migrante”. Lo strumento trae le sue origini nell'ambito dell'intervento terapeutico familiare (cfr. Mostwin, 1980; Gilli, Greco, Regalia e Banzatti, 1992), ma può anche essere utilizzato in ambito di ricerca ed è stato adattato a contesti differenti da quello familiare (cfr. Gozzoli e Galuppo, 2005). I suoi fondamenti teorici sono rintracciabili nella Teoria del campo di Kurt Lewin

(1935, 1951, 1972), nella Teoria Generale dei Sistemi di I. von Bertalanffy (1968) e nell'interazionismo simbolico di George Herbert Mead (1934). Ciò che caratterizza profondamente lo strumento è il suo orientamento relazionale, in cui coesistenza e interazione possono essere definiti gli elementi cardine. Le consegne sono molto semplici. Viene presentato al soggetto un foglio bianco nel quale è disegnato un cerchio nella parte centrale. Tutto il foglio rappresenta lo spazio di vita professionale, con una specificazione: *“il cerchio racchiude la sua esperienza di cura con i pazienti migranti, lo spazio esterno è l’“ambiente” lavorativo che circonda tale relazione”*. La persona è, dunque, invitata a “popolare” il suo spazio di vita, collocando se stesso, le altre persone significative, le organizzazioni e gli eventi dentro e fuori dal cerchio e attraverso alcuni simboli. Infine, si chiede alla persona di tracciare, con diverse linee, la qualità della relazione tra il simbolo che rappresenta se stesso e tutti gli altri elementi, sulla base che egli senta la comunicazione tra se e gli altri povera, “così-così”, conflittuale o buona.

### 3.2.3. Procedura e analisi dei dati.

Prima di procedere all'elaborazione dei dati, le audio registrazioni delle interviste sono state trascritte integralmente e codificate. Le informazioni raccolte tramite tutti gli strumenti utilizzati sono state tabulate e, successivamente, analizzate.

La procedura di analisi quantitativa è stata effettuata attraverso l'utilizzo del software SPSS. 18. Sono state, dunque, effettuate analisi di tipo descrittivo e analisi di regressione di moderazione con variabili nominali, opportunamente ricodificate attraverso procedure *unweighted – effect coding* e *contrast coding* (Cohen, Cohen, West e Aiken, 2003; Aiken e West, 1991).

La procedura di analisi qualitativa si è basata sull'*analisi interpretativa fenomenologica* (Smith e Osborn, 2003) per quanto riguarda le interviste semi-strutturate e il DSSVP (Gilli, Greco, Regalia e Banzatti, 1992). In particolare, l'analisi dei protocolli narrativi è stata effettuata attraverso un esame delle diversità e delle ricorrenze tra i temi emersi durante le interviste e sulla integrazione di osservazioni, sia dei partecipanti che del conduttore, segnate come note di campo - secondo un approprio etnografico - durante la fase dei colloqui e della somministrazione degli strumenti. Per quanto riguarda invece la metodologia di interpretazione dei disegni,



l'analisi si è articolata in due tipi di valutazioni. È stata effettuata una valutazione globale – in cui sono state considerate, nel loro insieme, le caratteristiche globali dei disegni, ovvero le evidenze grafiche, le configurazioni e la relazione tra centro grafico e centro psicologico emergente nella rappresentazione dello spazio di vita - e una valutazione elementistica – che è consistita nell'esame della produzione grafica e della qualità delle relazioni tra il soggetto e gli altri elementi (persone, organizzazioni ed eventi) rappresentati nel disegno.

### 3.2.3.1. *Analisi descrittive*

In questa fase sono state esaminate: *a)* le caratteristiche del contatto (aspetti quantitativi e qualitativi); *b)* le difficoltà connesse al contatto interculturale con i pazienti migranti, *c)* le autovalutazione espresse dai partecipanti rispetto al possesso delle competenze interculturali nella relazione di cura con pazienti migranti e *d)* le conoscenze possedute dai partecipanti rispetto all'esistenza di (e/o la collaborazione con) servizi di sostegno alla genitorialità presenti nel proprio ambito lavorativo.

*a) Caratteristiche del contatto.* Complessivamente, tutti i partecipanti dichiarano che nel corso della propria esperienza lavorativa sono stati coinvolti in relazioni di cura professionale con pazienti migranti. Tra essi, la maggior parte ( $N = 59$ , 65%) afferma di essere venuta a contatto con una percentuale media di migranti, che ricade tra il 25 e il 70% dei pazienti complessivamente incontrati.

Nelle TABELLE. 2 e 3 sono riportate le caratteristiche della quantità e della quantità dei contatti, sia relativamente a di tutti i partecipanti che rispetto ai due sottogruppi di Agrigento e Palermo.

TAB.2 – *Caratteristiche della quantità del contatto percepita dai partecipanti.*

	AG		PA			
QUANTITÀ DEL CONTATTO	(N = 43)		(N = 47)		TOT	
	N	%	N	%	N	%
Basso (fino al 25%)	11	26	12	25	23	26
Medio (tra il 25 e il 70%)	29	67	30	64	59	65
Alto (oltre il 70%)	3	7	5	11	8	9

Il contatto sembra essere percepito come complessivamente soddisfacente. In particolare, esso è ritenuto piacevole e positivo a diversi livelli da tutti i partecipanti. Tuttavia, sollecitati a riflettere sia sui punti di forza che su quelli di debolezza, connessi al contatto interculturale e ai bisogni di benessere dei pazienti migranti, i partecipanti hanno potuto esprimere e, successivamente, descrivere anche gli aspetti negativi percepiti nella relazione di cura. Per quanto riguarda questi ultimi due punti, si evidenzia che sebbene, da una parte, la maggioranza dei partecipanti non esprime alcun giudizio negativo in merito al contatto con pazienti migranti (69%), dall'altra, solo il 10% lo giudica altamente positivo e il 14% lo considera poco positivo.

TAB. 3 – *Caratteristiche della qualità del contatto percepita dai partecipanti.*

		AG		PA			
QUALITÀ DEL CONTATTO		(N = 43)		(N = 47)		TOT	
		N	%	N	%	N	%
Livello di piacevolezza esperito nella relazione	basso	9	21	8	17	17	19
	intermedio	32	74	32	68	64	71
	alto	2	5	7	15	9	10
Giudizi positivi	bassi livelli	6	14	7	15	13	14
	livelli intermedi	34	79	34	7	68	76
	alti livelli	3	7	6	13	9	10
Giudizi negativi	nessuno	28	65	34	72	62	69
	bassi livelli	12	28	11	23	23	26
	livelli intermedi	3	7	2	4	5	6

*b) Difficoltà connesse al contatto.* Le difficoltà generalmente riscontrate nel contatto interculturale riguardano diverse aree critiche. Sono gli stessi partecipanti ad esprimerle, spiegando con esempi concreti i limiti, oltre che le risorse, vissute in prima persona nello svolgimento della professione di cura con i pazienti migranti. Innanzitutto, i professionisti evidenziano difficoltà nella comunicazione. Ciò crea diversi fraintendimenti reciproci – linguistici ma anche più prettamente culturali - che influenzano negativamente il livello di soddisfazione nella relazione sia interpersonale che intergrupale e, soprattutto, verso alcuni gruppi: i cinesi, la

comunità rom e le famiglie di religione islamica provenienti dalle zone del Bangladesh e dello Sri Lanka. Per esempio:

(S2) «Il mio rapporto con i pazienti migranti è poco piacevole per la difficoltà di comunicare, per i loro retaggi culturali ... Gli aspetti negativi riguardano il loro atteggiamento guardingo, pensano che vogliamo fregarli. ... Con i migranti provenienti dal Bangladesh e dallo Sri Lanka è molto difficile entrare in relazione perché hanno molti pregiudizi; ... i cinesi arrivano, partoriscono e spariscono: non comunicano, non portano alla luce mai problemi, di nessun tipo ... sono molto chiusi. Un signore, proprio stamattina, insisteva dicendo che sua moglie doveva essere operata perché, nel suo paese, gli avevano detto che, contestualmente al parto, doveva risolvere un problema ginecologico contingente, ma la pratica che il signore richiedeva non poteva garantirla nessuno qui, perché non sono interventi che si fanno contemporaneamente ... Lui insisteva perché così gli avevano detto di procedere nel suo paese e non si fidava di quel che gli dicevo io. Ecco, ci sono tutte queste incomprensioni che non sono legate alla "razza" ma alla persona e al suo bagaglio di convinzioni e credenze».

(S6) «È molto difficile instaurare un rapporto. Non è una esperienza piacevole. Le donne non parlano la nostra lingua. Non credo di avere pregiudizi ma è molto difficile. Cerchiamo in tutti i modi di farci capire. Abbiamo avuto situazioni critiche di pazienti che pretendevano i controlli in giorni non destinati alle visite e dinanzi al nostro rinvio al giorno stabilito sono ritornate, e in tono minaccioso, con i loro uomini. Davanti a tanta arroganza sto diventando quasi razzista ... la nostra disponibilità non basta a risolvere i conflitti».

(S7) «Per me non è piacevole il contatto con i migranti ... Spesso litighiamo con i cinesi: spieghiamo che esiste un orario di prenotazione, che si deve seguire un certo iter per prenotare il controllo, che i controlli si eseguono in giorni stabiliti. Ma, loro fanno finta di non capire. Sembra che abbiano scambiato la nostra iniziale disponibilità - e il favore dell'utenza che afferisce in questo ambulatorio e li comprende, vedendone le difficoltà - come una prassi consolidata, che ora pretendono sempre. Siamo un po' esasperate da questa arroganza che considero maleducazione».

(S12) «Mi capita, quando faccio mediazione tra i medici e pazienti della comunità rom, di constatare la distanza tra i diversi modi di vivere la gravidanza. I rom hanno regole di vita molto diverse da noi ... ci sembrano strane, quasi selvagge, ma per loro sono alla base della vita comune ... Ai rom non piace questa nostra invasione sulla loro organizzazione sociale, vogliono essere accettati così. Non vogliono che violiamo i loro spazi».

(S23) «La richiesta più frequente è "Cosa ha detto il medico?". Il contatto non è negativo, ma non è nemmeno piacevole né positivo. Il diverso crea situazioni di disagio con gli altri pazienti ... i rom non vogliono che il personale entri nel merito della loro organizzazione, fanno finta di non capire per difendersi, per barricarsi, ci allontanano dai loro figli. ... Non è una questione solo linguistica.

Con loro, sento che la mia preparazione al contatto interculturale è insufficiente».

(S26) «La nostra difficoltà subentra proprio al momento della comunicazione, quando si devono spiegare in modo comprensibile le condizioni del figlio (si riferisce alle nascite pre-termine o ad eventuali patologie neonatali). Comunicare con i genitori migranti è molto difficile. Ci sono condizioni di vita sfavorevoli, barriere, linguistiche e culturali oltre una serie di aspettative sulla nascita e sul figlio qualche volta insormontabili. Molto spesso, è la buona volontà dei medici che sopperisce alla scarsa informazione sull'accesso ai servizi. Ma, di contro, a questa buona volontà non corrisponde sempre una corretta comprensione. Il migrante, che non parla l'italiano, che viene inviato presso un'altra unità operativa, dopo aver girato l'ospedale in lungo e in largo, può interpretare le buone intenzioni dell'operatore come l'ennesimo sbarramento alle cure sanitarie ed è anche qui che sorgono i conflitti».

(S29) «I cinesi non hanno un buon approccio con il nostro SSN. Fanno finta di non capirci. Non ci ascoltano molto, hanno delle loro direttive sui comportamenti alimentari e sull'accudimento dei bambini ... Il messaggio che passa è: "puoi dirmi quello che vuoi ma ... lo so io quello che mi serve". Non hanno fabbisogno di interazione ed è spaventoso. Non siamo nati professionisti pronti per le relazioni interculturali. Ci stiamo sperimentando solo recentemente nella relazione con i migranti. Ho avuto difficoltà a comprendere questioni familiari rom, rumene e slave. Ci sono volte in cui vedo un invischiamento familiare che non mi chiarisce i ruoli delle persone a cui consegniamo il bambino».

(S30) «Con alcune donne migranti, occorre davvero entrare in sintonia per accompagnarle nel primissimo contatto con il figlio e nel nuovo ruolo di madre. Ma non abbiamo né gli strumenti linguistici, né quelli culturali. Le guardiamo pensando a come noi ci relazioniamo ai nostri uomini, ai nostri figli e ai nostri genitori. Leggiamo le loro storie a partire da noi, senza considerare i loro vissuti. Quando, per esempio, ci scandalizziamo osservando le forme di disparità di potere a sfavore delle donne, tendiamo immediatamente a formulare giudizi e suggerimenti su come invece dovrebbero stare le cose. Ma, dovremmo essere più cauti perché, il nostro intervento, i nostri giudizi su come dovrebbero andare, per esempio, le relazioni tra i coniugi, possono mettere in conflitto la famiglia che, non dimentichiamolo, sta affrontando un periodo critico di cure per il proprio bambino che può essere sano o nato pre-termine o anche con patologie».

(S55) «Il mio contatto con le pazienti migranti è un poco negativo perché queste pazienti parlano pochissimo l'italiano e nel momento di difficoltà tendono a chiudersi in se stesse. In questo senso, il lavoro ostetrico - che si fonda molto sulla relazione - perde le sue potenzialità».

(S90) « A volte, il contatto è negativo ... ci sono situazioni in cui sembra che fanno finta di non capirti o non sono in grado di comprendere bene la realtà ... gli islamici sono un po' più caldi, diciamo così!».

Altre difficoltà riguardano lo svolgimento dei controlli medici, in particolare ginecologici:

(S5) «Le donne vivono con difficoltà la visita ginecologica. Se non c'è un medico donna, non si fanno visitare e vanno via. Il marito di una signora che stava per partorire si è addirittura messo in ginocchio, supplicando i due medici di turno, entrambi uomini, di chiamare un ginecologo donna. È stato difficile».

(S8) «I problemi più grossi li ho con le donne musulmane ... i loro mariti sono molto arroganti, vogliono imporci questa loro abitudine di gestire la vita delle donne e le questioni ostetrico ginecologiche».

(S11) «Ho dovuto affrontare situazioni molto critiche e conflittuali con le donne islamiche del Bangladesh e i loro mariti. Queste donne rifiutavano di farsi visitare da me, in quanto uomo ... Ho affrontato la resistenza di molti uomini, informandoli sulle pratiche mediche in uso nel nostro sistema sanitario e, con tutta la comprensione possibile e immaginabile, penso che - siccome sono loro che ci hanno scelto - devono anche adeguarsi alle nostre regole».

(S37) «Una volta è successo che una ragazza non voleva essere visitata perché il medico era un uomo. È scappata via dall'ambulatorio. Tremava tutta. Se ce lo avesse chiesto prima, avremmo provveduto a farla visitare da una donna. Lei non lo ha fatto e poi ha reagito d'istinto, con il rifiuto, ed è scappata: uno choc per tutti».

In qualche altro caso, anche il timore di contrarre malattie infettive influisce sulla regolazione del contatto:

(S53) «Una paziente migrante aveva un'infezione grave ... stavamo molto attente ... avevamo paura del contagio. La maggior parte di noi non si voleva avvicinare a lei, sapevamo che era positiva».

(S66) «La difficoltà maggiore è quella di superare il dubbio che abbiano una malattia contagiosa».

Infine, come vedremo meglio più avanti, il contatto con il paziente migrante determina un forte coinvolgimento emotivo sia riguardo alle difficoltà connesse al percorso migratorio che alle condizioni di vita nel paese d'arrivo. La maggiore accessibilità alla "sofferenza dell'anima", oltre che a quella del corpo, espone i professionisti a una maggiore tensione nella relazione nella relazione di cura che può connotare negativamente l'esperienza di contatto:

(S32) «Facciamo molti sforzi per capire quello che ci chiedono e per rispondere in modo che ci comprendano correttamente. Finché si tratta della nascita di un neonato sano, la comunicazione riguarda informazioni molto semplici, ma quando si tratta di un bambino nato pre-termine o di una lunga degenza per patologie riportate alla nascita, allora la comunicazione è più complessa. Occorre spiegare bene la condizione del figlio, senza creare false attese né allarmi sulla possibilità che si manifesti un handicap. Vediamo che la posizione lavorativa dei genitori migranti è molto sfavorevole nei confronti della cura familiare: non hanno contratti di lavoro regolari e faticano molto nel prestare assistenza continuata al neonato durante la degenza in terapia intensiva; rischiano di perdere il lavoro, se si assentano per venirlo trovare. Spesso, le donne non sono autonome, non hanno mezzi di trasporto e in assenza del marito, non riescono a raggiungere i figli. Vivono questo tempo - già problematico, per le circostanze non attese della nascita - in un clima di preoccupazione e rischio psicosociale. ».

(S36) «Si creano momenti di tensione tra noi e loro ... non si sentono assolutamente accolti, nonostante ripetiamo che vogliamo aiutarli. I genitori hanno maggiori difficoltà. Molte volte, comprendo le donne che vivono una depressione post partum. Anch'io sono una madre migrante. Una donna che partorisce qui in Italia il suo bambino, lontana dal suo paese, vive una profonda solitudine, sotto molti aspetti. L'unico contatto intimo è il marito o compagno. Se viene a mancare la giusta comprensione con questo unico punto di riferimento, allora la donna migrante è veramente sola. Diventa "madre da sola", lontana dai suoi modi di fare, di crescere un bambino, di chiedere aiuto. Per una donna africana questo è molto triste: può venire a mancare il giusto slancio nei confronti del figlio e la fiducia nella vita. In queste situazioni, se non riesce ad aggrapparsi ad un aiuto esterno che può sostituire la sua famiglia, è facile cadere nella depressione e nella sfiducia. Eppure, le donne migranti hanno una grande forza da trasmettere ai loro figli: proviene dall'aver affrontato molte difficoltà, perché la migrazione ti fa rimboccare le maniche ...».

*c) Autovalutazione delle competenze interculturali nella relazione di cura con pazienti migranti.* La preparazione ad affrontare il contatto interculturale in ambito sanitario è stata autovalutata sufficiente da una metà dei professionisti ( $N = 45$ , 50%), mentre l'altra metà si suddivide in due sottogruppi che esprimono rispettivamente una preparazione insufficiente ( $N = 28$ , 31%) e buona ( $N = 17$ , 19%). La maggior parte, dichiara di non avere mai partecipato a corsi di formazione sul tema ( $N = 63$ , 70%). Nello specifico, emergono differenze significative tra i professionisti nelle due città sia rispetto alla percezione della preparazione personale ( $\chi^2_{2,90} = 7.88$ ,  $p < .05$ ),

che rispetto alla effettiva partecipazione a corsi di formazione sul tema ( $Chi^2_{1,90} = 7.38, p < .05$ ).

I dati riportati in TABELLA. 4, indicano che i professionisti che lavorano a Palermo hanno avuto maggiori occasioni di formazione professionale inerenti il contatto con i pazienti migranti e le problematiche ad esso connesse (seminari, congressi e corsi di aggiornamento professionale) e, tuttavia, rispetto ai colleghi di Agrigento, giudicano maggiormente insufficiente la propria preparazione.

Sono state analizzate maggiormente nel dettaglio le variabili “partecipazione a corsi di formazione” e “percezione della personale preparazione” nei due sottogruppi di partecipanti, il primo costituito da professionisti che lavorano ad Agrigento e l’altro dai professionisti che lavorano a Palermo. A questo proposito, i dati mostrano che, mentre tra i professionisti di Agrigento – che complessivamente dichiarano di aver avuto meno occasioni formative rispetto ai colleghi palermitani - la percezione della preparazione personale non è legata all’aver o meno partecipato a seminari, convegni o percorsi di aggiornamento professionale ( $Chi^2_{1,43} = .04, p > .05$ ), tra i professionisti del capoluogo siciliano pare, invece, che la formazione influenzi positivamente la valutazione soggettiva relativa alla preparazione personale ( $Chi^2_{1,47} = 4.39, p < .05$ ).

TAB. 4 - *Partecipazione a percorsi formativi e percezione della personale preparazione ad affrontare il contatto interculturale nelle relazioni di cura con pazienti migranti, tra i professionisti delle due città.*

AUTOVALUTAZIONE DELLE COMPETENZE		AG	PA	
INTERCULTURALI NELLA CURA CON		(N = 43)	(N = 47)	Chi <sup>2</sup>
PAZIENTI MIGRANTI				
Partecipazione a percorsi di formazione e/o aggiornamento professionale	Si	7	20	7.38*
	No	36	27	
Livello di preparazione/aggiornamento autovalutato dai professionisti	Insufficiente	8	20	7.88*
	Sufficiente	23	22	
	Buono	12	5	

\*  $p < .05$

Prima di procedere nella descrizione dei risultati, occorre soffermarsi ulteriormente su quest'ultimo risultato che rappresenta altresì un *limite* in questa fase di analisi e che andrebbe, quindi, esplorato con maggiore attenzione in un eventuale prosieguo del lavoro, per le implicazioni inerenti la formazione professionale e gli effetti della esperienza acquisita sul campo. Infatti, le differenze emerse all'interno del sottogruppo formato dai professionisti di Palermo suggeriscono che, in effetti, la formazione esercita un ruolo importante nella percezione della competenza professionale di tipo interculturale in ambito sanitario. Ma, considerato che la relazione causale tra formazione/aggiornamento professionale e percezione delle competenze interculturali non è confermata anche nel sottogruppo agrigentino, andrebbe esplorata nel futuro una seconda ipotesi, ovvero il ruolo di altri fattori che producono effetti di moderazione o mediazione in questa relazione causale, come per esempio potrebbero essere l'influenza di una effettiva maggiore esperienza sul campo, congiuntamente all'effetto di interazione con altre variabili contestuali e/o di personalità, in grado di esercitare nel vissuto dei professionisti la percezione di un sufficiente livello di competenze nella cura di pazienti migranti. D'altra parte, sarebbero da considerare le implicazioni dei risultati ottenibili dal suddetto approfondimento, in particolare in relazione al fatto che le competenze acquisite sul campo costituiscono una quota di sapere molto importante sia nell'esercizio di una professione, sia come conoscenza acquisita all'interno di una organizzazione.

*d) Conoscenza di (e/o collaborazione con) servizi di sostegno alla genitorialità nel proprio ambito lavorativo.* La conoscenza o la partecipazione a servizi di sostegno genitoriale è stata esplorata sia attraverso le risposte fornite complessivamente da tutti i partecipanti, che attraverso le informazioni da essi possedute sul tipo di intervento attivato all'interno del proprio servizio e nelle rispettive città. Complessivamente, i partecipanti sembrano dividersi in due grandi blocchi: il primo ( $N = 41$ , 46%) dichiara che presso la propria struttura esiste un servizio di supporto alla genitorialità, il secondo ( $N = 42$ , 47%), invece, non pensa che esista alcun servizio che svolga un lavoro in tal senso. Una piccola percentuale di professionisti ( $N = 7$ , 8%) dichiara, infine, di non saperlo con esattezza e, in ogni caso, di non occuparsene. La



consapevolezza dell'esistenza di un servizio di sostegno alla genitorialità è maggiore tra i professionisti di Palermo ( $N = 24$ , 51%) che tra quelli di Agrigento ( $N = 17$ , 39%). I primi ( $N = 21$ , 87%), sono prevalentemente informati rispetto alla organizzazione, nella città di Palermo, di ambulatori di ostetricia e ginecologia e di pediatria, esclusivamente dedicati una volta a settimana all'accesso di madri migranti con e senza codice STP i secondi ( $N = 15$ , 82%), riferiscono dell'attivazione di interventi di rete da parte del servizio sociale dell'ospedale (che prevede tra le mansioni anche il rilascio di codice STP per l'accesso alle cure sanitarie di migranti non in regola con il permesso di soggiorno).

### 3.2.3.2. *Studio 1. Il significato dell'intercultura*

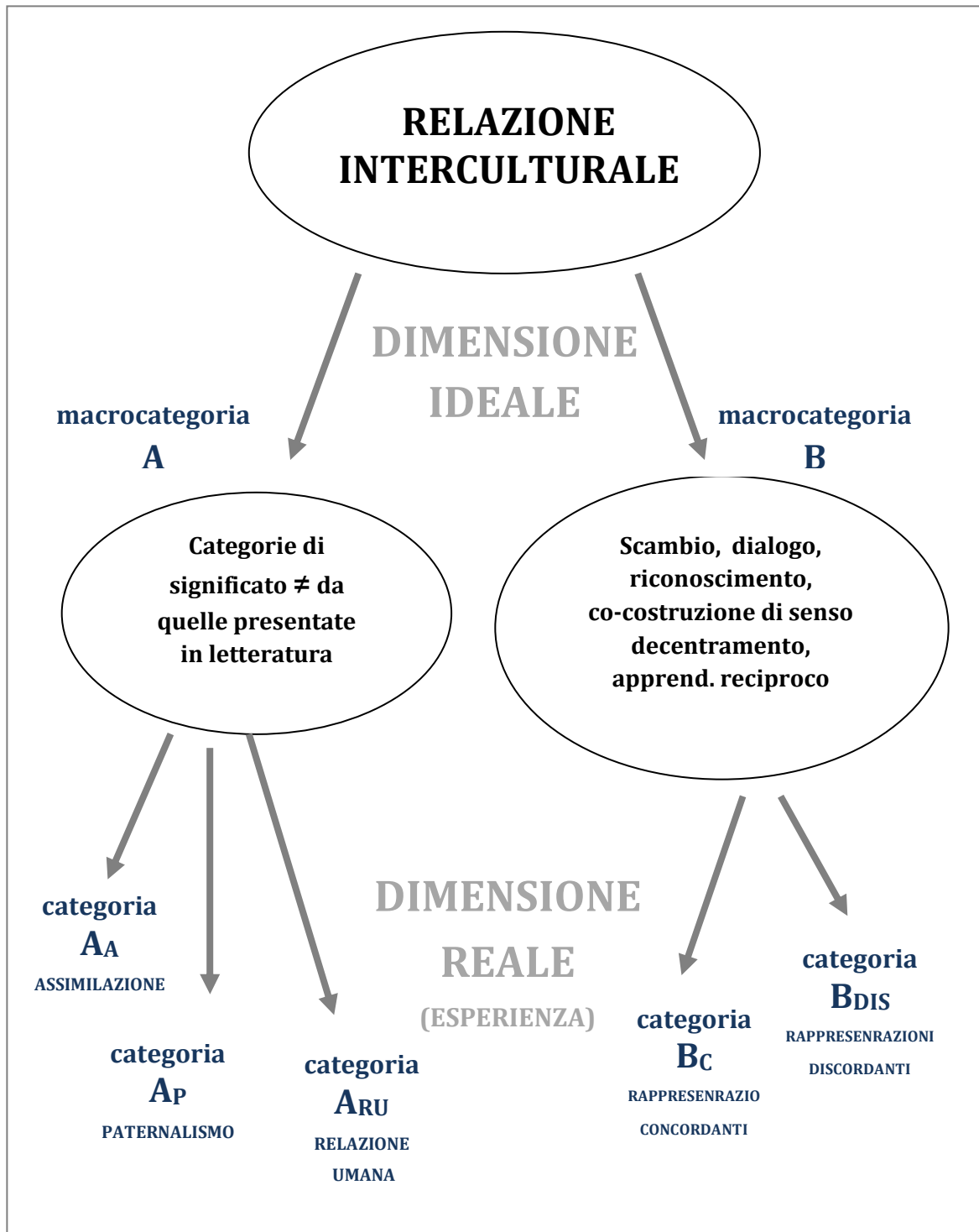
Intorno al concetto di intercultura, i partecipanti hanno costruito categorie di significati che distinguono due diverse dimensioni del contatto interculturale: una ideale e una reale (legata a concrete esperienze di contatto diretto con i pazienti migranti). Nello specifico, sul piano ideale si rilevano due macrocategorie che nominiamo A e B.

Alla prima macrocategoria A confluiscono un minor numero di definizioni ( $N = 12$ , 13%), che potremmo dire "non normative", in quanto riflettono considerazioni sul contatto interculturale e sulle relazioni intergruppo che non sono generalmente attribuite all'intercultura e che, declinate sul piano reale, rimandano piuttosto ad una separazione tra ambito dell'intercultura e ambito della cura  $A_{RU}$  (S64 e S74), ad atteggiamenti e comportamenti di tipo assimilativo  $A_A$  (S11 e S22), paternalistico o caritatevole  $A_P$  (S66, S31, S76 e S78).

Confluiscono in B un più ampio gruppo di definizioni ( $N = 78$ , 87%) che possiamo considerare, invece, "normative", in quanto descrivono i significati dello scambio, decentramento, dialogo, apprendimento reciproco, riconoscimento, costruzione condivisa, compartecipazione, ecc., che sono anche i termini con cui l'intercultura è definita in letteratura (Cambi, 2001; Pinto Minerva, 2007, Mantovani, 2008). Declinando questo gruppo di definizioni sul piano esperienziale dello spazio lavorativo (dimensione reale), emerge una ulteriore distinzione tra due sottocategorie concettuali: in  $B_{DIS}$  (S13, S24, S26, S30, S36, S53, S59, S63, S70, S79, S85, S87, S88, S89 e S90) confluiscono rappresentazioni dell'intercultura che

presentano una discrepanza rispetto alle descrizioni date al termine sul piano ideale ( $N = 51$ ); nella seconda  $B_c$  ( $S1, S3, S25, S32, S34, S37, S38, S39$  ed  $S45$ ), confluiscono, invece, rappresentazioni che, sia sul piano ideale sia su quello delle azioni concrete, rispecchiano la definizione normativa ( $N = 39$ ). In FIGURA 5 è riportato uno schema esemplificativo dei significati emersi.

FIGURA 5– *Significati attribuiti al termine “relazione interculturale”.*



Di seguito, sono riportati alcuni stralci di interviste che esemplificano la distinzione tra le sottocategorie concettuali emerse.

(S1) «Intercultura significa condividere insieme lo spazio di vita, ma questo non basta. Occorre mettere insieme le proprie culture e per stare bene insieme occorre riuscire ad andare insieme verso la stessa direzione».

(S3) «Intercultura è comunicare con la paziente sulle sue abitudini e tradizioni, perché io possa prenderle in considerazione se devo dare dei consigli di tipo medico sanitario. Per esempio, l'altro giorno mi sono preoccupata molto perché, accidentalmente sono venuta a sapere che una mia paziente osservava il digiuno del Ramadan durante la gravidanza. Ecco mi piacerebbe conoscere insieme a queste donne la via giusta da intraprendere perché io possa aiutarle a mantenere le tradizioni culturali e religiose ma anche un ottimale stato di salute sia loro che dei loro figli. Entrare nel merito di queste ed altre problematiche che riguardano le abitudini è molto importante per il medico».

(S25) «Un approccio interculturale è positivo perché di solito, quando appunto si trova un canale di comunicazione che mette a proprio agio noi e loro, queste famiglie ci raccontano delle loro tradizioni e a me questo piace perché ho la sensazione di inserirmi come in un viaggio simbolico nella loro terra. ... Penso che abbiamo anche modo di arricchirci durante questi incontri, di conoscere altre storie, storie umane e cliniche a volte molto complesse ....»

(S32) «Interazione interculturale è uno scambio tra le culture. Dovremmo cercare questo approccio reciprocamente: noi dovremmo accogliere qualcuno che proviene da altri luoghi, da altre tradizioni culturali e religiose, e loro di arricchirci della loro esperienza .... È bello imparare cose che neanche ti aspetti, no? Per esempio, ho potuto vedere che ci sono diverse pratiche di accudimento tra le madri migranti che ho incontrato. Ho appreso dalle donne africane che sono molto brave a creare il legame con il proprio bambino, allattano quasi tutte, spontaneamente pongono il bambino al contatto pelle a pelle, sono molto presenti».

(S34) «Intercultura nella mia esperienza è una mentalità che o si ha oppure è difficile da costruire. Sono sempre stato estremamente aperto, durante la formazione, al confronto con altri saperi e culture. Ciò mi ha aiutato molto. È un approccio spontaneo che ha l'aspetto del dare con il desiderio di ricevere conoscenza e informazioni. ... Mi ha colpito la disponibilità delle donne del Maghreb e dei paesi dell'est, che oggi cominciamo spontaneamente a chiedere come gestire la sessualità non strettamente finalizzata alla gravidanza, o le infezioni vaginali e fanno una serie di domande a cui sanno che seguirà una risposta. Mi sta arricchendo molto il lavoro con le donne migranti vittime della prostituzione. Ci affianchiamo loro in strada offrendo assistenza. Cominciamo a vederne tante qui in ambulatorio e, dal momento che arrivano, pongono una serie di domande che ci danno la misura di quanto stanno cominciando a pensare alla loro salute. Sono donne che sono costrette alla prostituzione.

Appena acquisiscono fiducia, ci parlano dei sintomi e della preoccupazione molto forte di essersi ammalate. Riscontriamo infezioni, patologie virali, neoplasie del collo dell'utero, HIV. Queste donne capiscono che non sono sole, e sanno che se hanno voglia di venire fuori dal mercato della prostituzione noi possiamo dare loro un aiuto importante, lungi da ogni giudizio sulle scelte di vita».

(S37) «Il termine interazione interculturale nella mia esperienza mi fa venire in mente il rapporto con le pazienti che arrivano in ambulatorio con il loro bagaglio culturale, con tutti i loro costumi e tradizioni, che portano con se anche in ambulatorio. ... A volte il medico non sa perché tutta la famiglia entra nella stanza delle visite ... il mio compito è di spiegare i comportamenti che fanno parte della cultura del paziente».

(S38) «Per me è il momento in cui persone di qualsiasi cultura e religione riescono a incontrarsi, a scambiarsi esperienza, a condividere vita e a gestire con rispetto la diversità. ... L'anno scorso ho deciso di farmi fare le trecchine da una signora africana. Io sono bionda di capelli e abbiamo cercato insieme in un negozio di africani delle ciocche che potessero abbinarsi al mio colore. Ricordo questo lungo pomeriggio passato in casa della signora, cinque ore di lavoro sulla mia testa fino alle 10 di sera. Quando abbiamo finito le signore che avevano assistito sin dall'inizio mi hanno detto: "Ora sembri una di noi!". Questo mi ha fatto sorridere. Avevo fatto sempre molti sforzi per avvicinarmi alle loro esigenze culturali quando venivano qui, ma solo quando ho condiviso con loro questa pratica io e loro potevamo sembrare finalmente uguali. Mi servivano le trecchine! Chiaramente, sia per me che per loro questa cosa è andata ben oltre una semplice acconciatura. Ho condiviso un po' della loro vita quotidiana. Io sono andata da loro e per tutto il pomeriggio abbiamo sentito musica tradizionale e visto filmati della Costa d'Avorio. Una delle tre signore che mi faceva le trecce era incinta .... »

(S39) «Intercultura non è semplicemente accettazione, termine che associo a un coinvolgimento passivo dell'altro, ma è piuttosto conoscenza reciproca e rispetto per il modo di esprimersi (pregare, vestirsi, dialogare, mangiare). In tal senso, intercultura costituisce arricchimento. Sembra ovvio, ma in realtà può essere molto difficile fare intercultura. Spesso si tende a stare nei termini della tolleranza, ma fino a che l'altro si limiti a non oltrepassarne i limiti, che sono fissati unilateralmente! In generale, nella mia esperienza lavorativa riesco a relazionarmi positivamente con le famiglie migranti che incontro. Mi capita che ritornino a trovarmi per un saluto».

(S45) «Relazione interculturale è mettere in discussione quelle posizioni rispetto alla vita e alla cura che si presume siano scontate e affrontare il contatto con una apertura e disponibilità diversa. Per esempio, ho seguito una ragazza africana HIV positiva in gravidanza. Questa donna ha voluto fare un figlio, il suo primo figlio, nonostante io le avessi prospettato tutti i rischi. ... È nato sano e ne ha voluto un altro, nonostante, ancora una volta, le discussioni sulla contraccezione. Ho pensato che fosse matta. Al suo posto non avrei assolutamente rischiato tanto. Anche il secondo è nato sano, ma lei non si è

posta il problema e probabilmente ne vorrà un terzo. Riflettendo sulle reciproche posizioni, questo caso mi fa vedere come in alcune culture mettere al mondo un figlio è questione di priorità assoluta rispetto ad altre. Alla luce di ciò, dunque, non ho più il diritto di considerare incosciente una persona che organizza la scala delle priorità diversamente da me. Per me è importante che un figlio nasca sano, per lei è più importante che il figlio nasca. Non è che non ci intendiamo sul valore della salute, ma io e questa donna ci poniamo su scelte diverse. Il problema è disporsi su punti di vista "altri". Ciò non significa assumere posizioni di assoluto relativismo: ci sono questioni che attengono alla salute su cui non si può transigere, ma su cui non si può far finta».

(S13) «Intercultura è scambio di esperienza ereditata, cioè scambio tra quello che io ricordo e ho ricevuto dalla mia famiglia e quello che hai ricevuto tu. Una forma di scambio non di sottomissione al nostro modo di partorire e crescere i figli. Significa discutere sui diversi modi di fare e anche se poi ognuno continua a fare come ha imparato nella propria cultura originaria è molto bello che si possa fare spazio affinché la diversità venga fatta dialogare. All'interno delle strutture sanitarie, purtroppo, il mio concetto di intercultura è poco presente, c'è più spesso sottomissione. C'è questo disaccordo tra il piano ideale e quello reale. Sul piano reale ci sono le difficoltà di linguaggio, poi c'è anche un atteggiamento di chiusura da una parte e dall'altra».

(S24) «Potrebbe essere, teoricamente, arricchimento reciproco. Ma, spesso, non ci capiamo. Non è possibile fare intercultura con una donna che si ostina a non mangiare per motivi religiosi. Io non capisco lei e lei non capisce me. Io posso cercare disperatamente di convincerla a mangiare, ma lei può ostinatamente rifiutarsi».

(S26) «Occorrerebbe una maggiore preparazione. In ambito sanitario siamo abbastanza impreparati ad affrontare il contatto interculturale. ... Ci sono molti nuovi problemi da affrontare, molte forme di integralismo religioso che, se applicati in modo rigoroso, finiscono col limitare i gesti quotidiani più semplici, come l'allattamento al seno. Alcuni genitori rifiutano le pratiche di cura in cui bisogna intervenire e anche velocemente ... i modelli educativi di queste famiglie stano sempre in una zona borderline».

(S30) «È comunanza intorno all'elemento umanità. La cultura può creare barriera. Molti occidentali intorno alla cultura islamica hanno costruito per esempio rappresentazioni negative ... Intercultura è un progetto con un grande obiettivo: armonizzare le diversità intorno ad un valore comune a tutti che è l'essere uomini. La cultura non deve essere un momento di divisione, ma di legame. Per esempio, ricordo la nascita di un bambino nero. Il parto può essere per noi un momento di grande medicalizzazione, in cui gli operatori si muovono nella scena principale e i genitori e il bambino restano sullo sfondo. Invece, una sera, è avvenuto uno splendido parto notturno. Il papà ha voluto prendere per primo il bambino, lo ha portato in alto e ha recitato una preghiera. Per un attimo, tutti gli operatori della sala parto hanno avuto la discrezione di lasciare a questi genitori la possibilità di celebrare il rito della

nascita della propria famiglia. Con tutte le precauzioni igienico sanitarie gli abbiamo riconosciuto la competenza per farlo in Italia, come in Africa. Credo sia stata in assoluto l'esperienza più bella. Non sempre nel mio lavoro posso dare espressione a questo desiderio. Ma quando, per una serie di connessioni positive, la sala parto può diventare spazio di attenzione alla coppia e alla vita che sta nascendo, allora, come nel caso di questa famiglia africana, la scena della nascita si trasforma intorno ai veri protagonisti».

(S36) «Vuol dire fare sentire l'altro bene nella relazione con te ... è ricerca e costruzione di un benessere comune. Siamo ancora lontani dal fare intercultura in questo senso. Ci vuole una maggiore predisposizione da parte di noi operatori della salute e anche da parte del paziente. Questo passaggio è complicato. La buona convivenza non si improvvisa, si prepara con la conoscenza reciproca con il contatto prolungato».

(S53) «Intercultura è comprensione ... ma dovremmo aggiornarci; già il fatto che sia linguisticamente che culturalmente non sono preparata mi mette in difficoltà, non so come comportarmi ... magari qualcuno reagisce, si comporta male».

(S59) «Intercultura in ambito sanitario non c'è. Non abbiamo possibilità di confrontarci con culture altre o avere informazioni riguardo le diverse pratiche culturali ed eventualmente sanitarie. Noi siamo impreparati a riconoscere i problemi culturali in ambito sanitario, li gestiamo come gestiamo i nostri ... non ci facciamo la domanda, come quella che, invece, mi ha sollecitato di recente il mio collega verso il caso della signora infibulata ...».

(S63) «Non cosa significa, ma cosa significherebbe. Fare Intercultura significherebbe essere, innanzi tutto, preparati e a questo dovrebbe provvedere l'azienda. Dovrebbero esserci qui in reparto le figure professionali che servono per questo tipo di contatto: assistenti sociali e mediatori. Questo approccio migliorerebbe le relazioni interculturali e l'esperienza del ricovero delle pazienti ... Intercultura è molto difficile a farsi. Mai realizzato intercultura in ambito sanitario. Non riusciamo a comprenderci. ... Non abbiamo nemmeno il tempo per scambiare cultura con le nostre pazienti. Non abbiamo il tempo per restare con le nostre pazienti. Si parla molto di intercultura ma è difficile a farla. Rimangono ancora tante barriere tra noi e gli immigrati ...».

(S70) «Vuol dire stabilire un contatto, una relazione un dialogo. Durante le ore di lavoro non c'è il tempo sufficiente per stabilire una relazione di vicinanza. È un reparto molto impegnativo ... sono in generale diffidente nei loro riguardi. Sento molte notizie in televisione circa i reati commessi dagli stranieri. Un po' mi spavento, sento che succede di tutto e di più. Sono diversi da noi come mentalità».

(S79) «Fare intercultura è molto complicato. Non sempre si può fare, soprattutto quando due culture sono molto differenti tra loro ... Si prova a mettersi nei panni degli altri ma capirsi e scambiarsi le conoscenze è difficile».

(S85) «Intercultura significa tanto e nulla. Non si può fare intercultura in ambito sanitario, non c'è tempo per scambiare cultura, perché non c'è tempo per soffermarsi. Idealmente intercultura è scambio, comprensione reciproca per costruire insieme la cura. Ma ci vuole tempo, persone che traducono, personale che può soffermarsi di più».

(S87) «Per fare intercultura occorre essere rispettosi verso la propria cultura e quella del paese in cui ti trovi. Io, per esempio, sono musulmano, africano, ho una cultura diversa. Quando lavoro nella mediazione vedo che le ragioni stanno in entrambe le parti. Ma, praticamente, fare intercultura è difficile perché uno straniero non può mantenere il rispetto e l'osservanza di tutte le norme sociali e culturali del suo paese anche in terra di migrazione. Noi siamo a metà. Dobbiamo integrare quello che possiamo integrare. In ospedale è difficile fare intercultura».

(S88) «È cercare di capirci, noi loro e loro noi. Ma è difficile che possiamo mettere le due culture insieme: penso che ci possiamo rispettare, che possiamo convivere come in una partita di calcio (in campi separati) e poi finita la partita ognuno se ne torna a casa sua, ognuno la vede a modo suo. ... Io in ospedale non mi soffermo a riflettere sulle culture. Vedo che qui si adattano alle nostre pratiche».

(S89) «L'ingrediente principale dell'intercultura è la disponibilità da entrambe le parti a vedere i diversi punti di vista. Ma, in realtà, non c'è un vero coinvolgimento da parte nostra, dovremmo passare più tempo con loro, ascoltarli e conoscerli per comprendere i loro punti di vista ... ma qui corriamo sempre e quindi fare intercultura diventa difficilissimo».

(S90) «Per fare intercultura ci vuole rispetto reciproco: penso che sia una cosa possibile. Ma ci sono cose che loro qui da noi devono rispettare, come ci chiedono di fare a noi da loro. Se io vado in Arabia mi devo coprire tutta. Allora è giusto che loro da noi accettino il crocifisso. Non sono d'accordo con le loro proteste. Loro qui da noi devono occidentalizzare i loro costumi. Non possono esteriorizzare la loro cultura. A casa mia non mi va di essere comandata da loro. Sono democratica, ma fino ad un certo punto».

(S11) «Ricordavo di aver letto la differenza che c'è tra il nostro modo di approcciarci alla cura e quello degli Stati Uniti d'America. Là, tutti cercano di essere americani e tutti i migranti devono accettare il sistema americano: valori e principi. Noi, forse, stiamo sbagliando perché vogliamo favorire lo sviluppo, la compresenza di una molteplicità di culture accanto alla nostra che, quando non trovano momenti di unione, si scontrano, e in particolare le minoranze etniche tra loro. Quando incontrai la donna in ambulatorio che mi poneva un problema culturale (mi escludeva dalla relazione di cura in quanto maschio) ho pensato che l'approccio americano, di cui avevo letto, fosse quello corretto: "Qua ci sono queste regole e tu devi accettarle". ... Durante la visita io mi occupo delle questioni mediche, non prettamente culturali».

(S22) «Intercultura è integrare il migrante alle nostre abitudini. Significa cercare di educarli ai nostri sistemi di cura, trasmettergli le nostre esperienze».

(S31) «Ho sempre cercato di aiutare queste persone facendo ambulatorio interculturale senza saperlo. È capitato parecchie volte di visitare persone che si sono rivolte a me per scelta, mi hanno cercato predisponendosi già al contatto con me come dei contenitori vuoti pronti per essere riempiti di tutto ciò che io dovevo dirgli e assumendolo come verità».

(S64) «Fare intercultura ... intercultura non ha nulla a che vedere con il mio lavoro da infermiera, io devo lavorare con i migranti come lavoro con tutti gli altri. L'intercultura non c'entra con la relazione di cura».

(S66) «Mi è capitato di regalare indumenti e un paio di scarpe ad una signora perché non aveva nulla. Aiutarli è per me un'esperienza positiva è un'esperienza di generosità. Intercultura vuol dire trasmettere e dare a loro le nostre cose e la nostra attenzione e le nostre emozioni per far sentire queste persone vicine a noi. Vuol dire mettersi a disposizione per farli sentire più sicuri. È gente povera, non hanno pretese. Si arrangiano con quello che hanno, non si lamentano, sono abituate così».

(S74) «Non mi chiedono di modificare il mio modo di proporre la cura a parte il clima relazionale non ci sono modi alternativi di curare. Ho sempre semplificato nella relazione con i migranti il problema medico, per renderlo più comprensibile, risolvibile, digeribile. A confronto ci sono due culture: quella della migrante e quella del medico. Se il medico ha esperienza e una buona capacità umana, si rende conto che la persona che ha di fronte è la parte debole e deve fare in modo per risolvere i problemi. Se aspettiamo di fare scambi culturali complicati, avremo complicato la vita a noi e alla paziente. Sostanzialmente la relazione si risolve nella considerazione dell'umanità del paziente, le linee guida le hanno inventate per i cretini. I discorsi sull'intercultura sono positivi, ma non servono a definire un buon intervento. Tutti contatti che ho avuto con i migranti li ho gestiti in modo semplice e ho verificato che rispetto il mio operato le donne dimesse hanno mostrato un alto livello di riconoscenza. Questi sono i ringraziamenti migliori. Fondamentalmente la relazione di cura è una relazione umana».

(S76) «Quando incontro persone di diversa provenienza, cerco di metterle a proprio agio e di fornirgli assistenza. Cerco di rassicurarle, ma sono in genere molto tranquille. Esperienze particolari non ne ricordo. Molte persone hanno un basso livello culturale, vedo povertà culturale».

(S78) «Quando li vedo arrivare così spaventati penso che a loro mancano tutte le nostre conquiste culturali, mi vengono in mente immagini di vita nei villaggi e quando arrivano trovano un altro mondo. Noi cerchiamo di accogliere come merita ogni essere umano. Ma sono molti. Non hanno tutta la nostra cultura e la nostra esperienza. Viaggiano senza sapere cosa li aspetta in mare, se lo



sapessero non partirebbero insieme ai loro figli. Non so se pensano tutti i rischi che possono correre in mare. Come può partire una donna incinta. Una persona "normale" non lo farebbe, penso che sono molto avventati oppure dove vivono nel loro paese stanno così male che il viaggio in queste situazioni non rappresenta il peggio. Intercultura vuol dire insegnare agli altri quello che sai. Io da loro ho imparato solo quanta sofferenza può esistere».

Tra i temi emersi attraverso le narrazioni e le produzioni grafico-simboliche dello spazio di vita professionale, si è scelto di riportare un'analisi più approfondita di un evento significativo che ha coinvolto un gruppo di professionisti ( $N = 13$ ) di una unità operativa di ostetricia e ginecologia. Il tema in questione riguarda le mutilazioni genitali femminili (MGF). In particolare, l'analisi si è incentrata sulla comprensione del modo in cui gli operatori hanno gestito e significato l'evento MGF attraverso il contatto con una giovane donna somala, giunta in ospedale per un controllo ginecologico.

*Descrizione del caso e note di campo.* K è una giovane donna proveniente dalla Somalia che si reca in ospedale per una visita ginecologica. La donna è all'ottavo mese di gravidanza. K è migrata da poco con il marito e non ha avuto precedenti gravidanze. Si reca in ospedale perché accusa malessere e non ha mai effettuato nessun controllo ginecologico, né in gravidanza, né precedentemente. K non parla ancora l'italiano. La storia relazionale tra K e gli operatori ( $N = 13$ ) comincia al momento dell'ingresso della donna in reparto e coinvolge due ostetriche (DSSVP 48 e 75), tre ginecologi (DSSVP 58, 59 e 67), un assistente sociale (DSSVP 50), un mediatore (DSSVP 56) e sei infermieri (DSSVP 63, S71, S72, S82, S85 e S86).

Il mio incontro con K comincia con S75, ostetrica, che durante l'intervista evoca spesso una rappresentazione dell'evento legata al dolore. Man mano che procedo con la raccolta delle informazioni per il mio progetto di tesi, mi rendo conto che questo evento assume una posizione centrale nell'esperienza di molti altri operatori. Tutti individuano il confronto con il tema MGF come un evento emotivo significativo: talvolta, esso suscita tenerezza e orrore, mi viene raccontato con sentimenti di tristezza e senso di impotenza, una barbarie che genera trauma sia in chi lo subisce, sia in chi lo guarda, che è difficile da condividere, è espresso in termini di

conflittualità, viene simbolicamente allontanato da se e collocato ai margini dello spazio di cura o espulso all'esterno (cfr. DSSVP in Allegato C):

S86. «La vivo come una cosa triste. È violenza e deturpazione del corpo delle bambine. ... Le mamme infibulate mi provocano tristezza e sofferenza ... è stato bruttissimo al momento della visita ginecologica ...» (cfr. DSSVP 86).

S85. «Alcune donne infibulate vanno quasi fiere del loro stato. Altre lo hanno rifiutato. È una tradizione barbara effettuata in condizioni rischiose, qualsiasi bambino si traumatizzerebbe davanti a questo dolore. ... Questo è stato un evento traumatico per me, mi ha fatto riflettere molto. Ho provato tenerezza per la ragazza. Ho cercato di capire, ma non c'è nulla da capire non posso condividere» (cfr. DSSVP 85).

L'incontro con la MGF del terzo tipo crea diversi problemi di gestione sia umana che clinica, apre un confronto tra la donna e il personale del reparto sul tipo di intervento più opportuno date la gravità delle sue condizioni (presentava infezioni che necessitavano un trattamento e una cura antibiotica) e l'impossibilità di partorire per via vaginale. Ma K vuole assolutamente partorire in modo naturale.

Un'infermiera S71 e un'ostetrica S75, raccontano:

S71. «all'inizio non sapevamo come gestire il rapporto con lei, né come trattare dal punto di vista medico e sanitario il caso di un parto in una donna infibulata. ... Ricordo che questa donna voleva a tutti i costi partorire in modo naturale.

Per me era assolutamente incomprensibile il suo racconto! Diceva che nel suo paese un uomo grosso premeva sulla pancia delle donne gravide, anch'esse infibulate, per farle partorire. Noi non capivamo lei e lei non capiva il senso di tutti questi interventi chirurgici per far nascere "bene" la propria bambina: prima la de-infibulazione, dopo il cesareo. Dal mio punto di vista la de-infibulazione è stata per lei una liberazione da dolori atroci»(DSSVP 71).

S75. «L'infibulazione fa male, la de-infibulazione fa male. Essere una donna infibulata fa male. Vederla fa male».

La storia di K non mi è subito chiara, la apprendo da diversi punti di vista, man mano che incontro gli operatori. Per esempio, attraverso S50, assistente sociale:

(S50). «Ho seguito il caso insieme alla mediatrice culturale. È venuta per un controllo quasi al termine della gravidanza. Non parlava l'italiano. La donna è stata visitata da un ginecologo che si rese conto della gravità della situazione, per le infezioni che aveva causato. Il medico ritenne opportuno che la signora si fermasse in ospedale per un periodo di osservazione e per programmare un intervento e per curare l'infezione con una terapia antibiotica. Date le condizioni, la donna avrebbe dovuto partorire con un cesareo. Penso che la signora non capì cosa le stesse succedendo esattamente, si ribellò. Non voleva

restare in ospedale, forse pensava che l'avrebbero fatta partorire prematuramente. Si creò molta confusione intorno a questo fatto. Appena ne ebbe l'occasione la donna fuggì. Data la gravità della situazione, sono intervenuti anche i carabinieri per cercarla. La nostra mediatrice finalmente la trovò. Era spaventata, riferì alla mediatrice che avrebbero fatto nascere suo figlio con un intervento e sapeva bene che mancava ancora un mese! Fin qui è quello che io ho appreso dai colleghi. La mia esperienza diretta comincia quando la donna ritorna insieme alla nostra mediatrice per riparlare con i medici della sua situazione. In particolare, al colloquio la signora mi disse che noi eravamo stati troppo affrettati, e che in Italia tendiamo a risolvere i problemi con la chirurgia. Penso che avesse compreso che si sarebbe dovuta sottoporre a un parto cesareo perché era infibulata ma non era d'accordo, perché le donne del suo paese, sua madre, le sue sorelle, le amiche partorivano lo stesso in modo naturale. Io rimasi sbalordita non so nemmeno immaginare come possa nascere un figlio così. Mi fece capire le modalità con cui generalmente avviene il parto nel suo paese ... Durante il colloquio capii che il parto naturale aveva un valore molto importante per lei.

E, ancora, due ginecologi S59 e S67:

(S59). «Mi è capitata una paziente infibulata per la prima volta recentemente. Per motivi culturali e di linguaggio io volevo accorciare un po' le cose e fare un cesareo. Poi mi sono reso conto che era più semplice fare la de-infibulazione e, teoricamente, avrebbe potuto partorire per via vaginale. Di fatto poi nel caso specifico è finita lo stesso col cesareo, per complicazioni al momento del parto. Questo episodio, devo dire la verità, mi ha aiutato a modificare un po' l'approccio con le pazienti migranti. Sia lei che il marito volevano la de-infibulazione. Il marito la voleva per motivi diversi dalla moglie: non per le condizioni della moglie ma per una questione religiosa. In questo modo, avrebbe potuto avere, in futuro molti figli, tutti quelli che sarebbero arrivati e che Dio voleva dargli. Il taglio cesareo implica, al terzo parto, la chiusura delle tube. Il primario relazionandosi con la cultura e la religione di queste persone, ha accordato loro la possibilità di poter partorire naturalmente. Io, che vivo da anni in mezzo al sangue non sarei andato tanto per le lunghe, avrei fatto la de-infibulazione contestualmente al parto cesareo. La donna era molto contenta di poter fare la de-infibulazione e quindi se in futuro me lo chiederanno ci penserò».

(S67). «È stato molto utile il confronto con la mediatrice in relazione alla coppia che si preparava alla de-infibulazione, perché grazie a lei ho potuto riflettere su come il partner della signora poteva reagire e affrontare il cambiamento corporeo della compagna. La de-infibulazione, infatti, introduceva un cambiamento anche nella sua considerazione della donna e della relazione con lei, con la sua sessualità. Devo dire che l'intervento cambia le condizioni della donna, ma anche quelle degli uomini. Questa storia si è conclusa bene con la soddisfazione della coppia e ancora di più se vogliamo anche perché dopo di loro sono arrivate altre coppie che, attraverso il passaparola, erano venute a

conoscenza di questa opportunità e ora volevano utilizzarla. Questo mi ha colpito positivamente».

Conosco, infine, personalmente K al termine del colloquio con S56, mediatrice linguistico culturale:

(S56) «Ho avuto recentemente un'esperienza bellissima con una donna somala: una ragazza supercoraggiosa. È arrivata da poco in Italia, è sveglia e ha tanta voglia di imparare e di andare avanti. All'età di tre o quattro anni le è stata praticata una MGF del terzo tipo (infibulazione), nel suo paese. È arrivata in Italia con il marito, anche lui molto giovane. L'abbiamo conosciuta all'ottavo mese di gravidanza, non aveva mai fatto una visita. È arrivata in ospedale perché aveva delle forti contrazioni. La cosa che emerse subito fu il suo desiderio di partorire in modo naturale. Appena il medico l'ha vista si è reso conto della situazione. Ad un certo punto capì che i medici l'avrebbero potuta far partorire con un intervento chirurgico. Ma sapeva che non era ancora arrivato il momento. Teneva bene i conti. È scappata. Era determinata. Il suo bambino sarebbe rimasto nella sua pancia fino alla fine del nono mese. A quel punto mi hanno chiamata. Finalmente, quando sono riuscita a trovarla, siamo ritornate in ospedale per parlare meglio della sua situazione con i medici. Abbiamo parlato a lungo. Lei ha insistito molto perché le venisse data l'opportunità di partorire in modo naturale. Il medico è stato bravissimo. Le ha proposto un intervento di de-infibulazione e lei ha accettato. Ha voluto che l'accompagnassi io e che assistessi all'intervento, che rimanessi accanto a lei. La qualità della sua vita è migliorata, anche nei rapporti con il marito. Il marito era contento come lei. K non voleva soffrire più, lo ha detto a tutte le sue amiche. Le altre connazionali somale del centro dove vive, adesso, vogliono fare l'intervento di de-infibulazione e vogliono parlare con il medico. Mi dice che ci dobbiamo rivedere per portare qui anche le altre donne. Adesso K ha partorito e questa volta ha voluto la presenza del marito. Questo mi ha insegnato molto sul cambiamento e sulla possibilità di svincolarsi da sofferenze imposte. Il mondo va avanti e le tradizioni si trasformano. Molte cose in cui credevano i nostri nonni, inevitabilmente, per noi sono assurde. Adesso è mezzogiorno e le ho promesso che l'aiutavo con l'allattamento. Vuoi venire?»

### 3.2.3.3. *Studio 2: il contatto interculturale e gli effetti di moderazione.*

Al fine di analizzare *a)* gli effetti del contatto interculturale nell'esperienza di cura con i migranti e *b)* gli eventuali effetti di moderazione esercitati dal tipo di professione svolta, è stata condotta una regressione di moderazione (Cohen, Cohen, West e Aiken, 2003). Come variabile dipendente è stato utilizzato un indice della qualità del contatto percepita nelle interazioni con i pazienti migranti (SODD\_cent). Tale indice è stato calcolato sommando i punteggi ottenuti alle due scale della qualità del contatto, piacevole e positivo. In questo modo, la qualità percepita varia da un

valore minimo pari a 2 (che esprime giudizi meno positivi e una percezione non piacevole del contatto) a un valore massimo pari a 6 (che esprime, invece, maggiore piacevolezza percepita nella relazione e giudizi positivi rispetto all'esperienza). Nella nuova scala, inoltre, il punteggio ottenuto da ciascun partecipante è stato centrato rispetto alla media in modo da limitare gli effetti di multicollinearità nella costruzione del modello di regressione (procedura di *mean centering*). Come predittori della qualità del contatto sono state considerate la quantità del contatto (espressa in termini di frequenza del contatto), la professione, il sesso e l'età dei partecipanti. Anche la variabile quantità del contatto (QnC\_ce) ed età (ETA\_cent) sono state centrate rispetto alla media, mentre la variabile sesso (SEXr) è stata ricodificata attraverso la procedura *unweighted-effects coding*. Infine, la variabile professione è stata ricodificata attraverso la procedura del *contrast coding*, che ha previsto la creazione di 5 nuove variabili, C1, C2, C3, C4 e C5, ciascuna delle quali rappresenta le comparazioni tra le diverse professioni. Per esempio, con la variabile C1 è stato inserito nel modello il confronto tra il gruppo dei mediatori culturali (gruppo di riferimento) vs tutte le altre professioni (gruppo di comparazione: ostetrici, medici, infermieri, personale ausiliario e assistente sociale). Quindi si è proceduto alla verificare delle ipotesi attraverso una analisi di Regressione di Moderazione<sup>23</sup>,

Al primo Step del modello regressione gerarchica di sono state inserite le variabili indipendenti e al secondo Step le loro interazioni. (i risultati sono riportati in TAB. 5, in relazione alla significatività emersa).

In accordo con la letteratura sul contatto interculturale (Allport, 1954; Pettigrew e Tropp, 2006), l'analisi evidenzia il valore predittivo della quantità del contatto sulla qualità percepita del contatto nella relazione ( $F_{(8, 81)} = 2.03, p < .05$ ). In particolare, nel nostro caso, la frequenza del contatto ha un effetto diretto sul senso di piacevolezza e positività attribuita all'esperienza ( $\beta = .28, p < .05$ ).

Congruentemente alle ipotesi iniziali, al secondo Step il modello indica che, tra le diverse professioni svolte dai partecipanti, il lavoro di mediatore linguistico-culturale assume un ruolo di moderazione ( $\beta = .43, p < .05$ ) sulla soddisfazione percepita nel contatto con i pazienti migranti. L'introduzione della interazione tra il

---

<sup>23</sup> Cohen J., Cohen P., West S. G. e Aiken L.S. (2003). Applied multiple regression/correlation analysis for the behavioral sciences, 3<sup>rd</sup>. ed. Hillsdale: Erlbaum; Aiken L.S e West S. G (1991). Multiple regression: Testing and interpreting interactions. Thousand Oaks: Sage

contatto e la professione di mediatore incrementa ulteriormente il potere esplicativo del modello ( $F_{change(13, 76)} = 2.29, p < .01$ ).

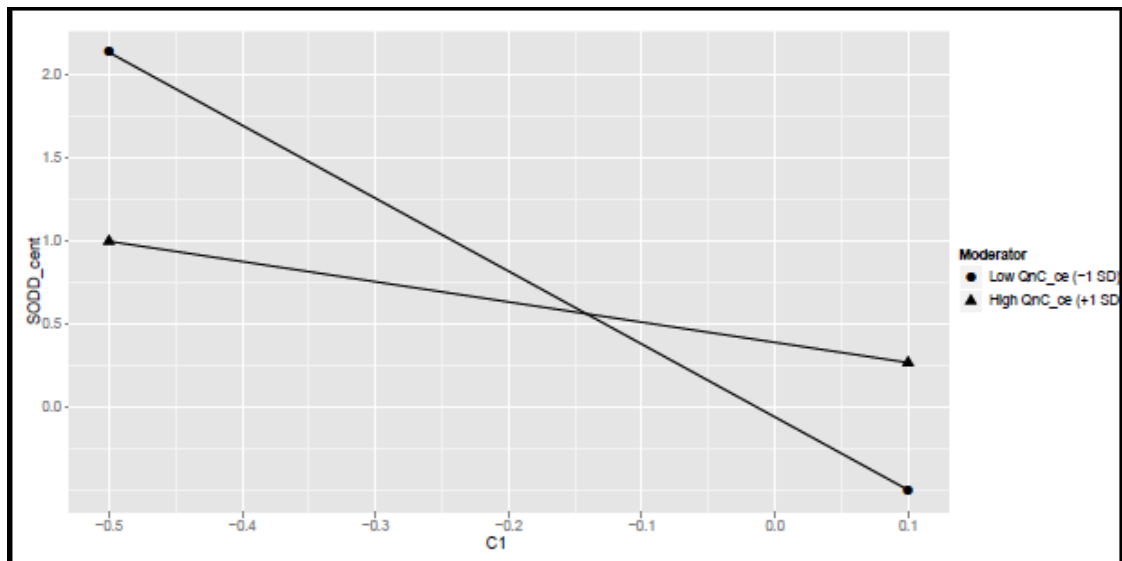
TAB. 5 – *Analisi di Regressione di Moderazione.*

	$\beta$	SE	$\beta$	$R^2$
Step 1				
QnC_ce (quantità del contatto)	.28	.12	.28*	
C1 (g di rif.: mediatori)	-.99	.60	-.19	
ETA_cent	.00	.01	.01	
SEXr	-.01	.01	-.01	.17*
Step 2				
QnC_ce X C1	1.78	.68	.43*	
QnC_ce X ETA_cent	.00	.01	.06	
QnC_ce X SEXr	-.01	.01	-.01	.11*

Note:  $R^2$  = varianza spiegata dal modello agli Step 1 e 2.

\* $P < .05$ ;

FIGURA 1 – *Simple Slope Analyse: effetti di moderazione della professione*



Note: la qualità percepita nella relazione con i pazienti migranti (SODD\_cent) varia da -1.87 a 2.13 ( $M = -.00, DS = .90$ )

Nella FIGURA 1, una *Slope Analyse* descrive più chiaramente gli effetti di moderazione della professione svolta. Il grafico mostra, infatti, che i mediatori linguistico culturali mantengono – sia in presenza di basso che di alto contatto interculturale – una percezione generalmente più positiva e soddisfacente nella relazione di cura con i pazienti migranti rispetto a tutte le altre categorie professionali considerate nel modello (infermieri, medici ginecologi e pediatri, assistenti sociali, ostetrici e personale ausiliario). Tuttavia, inversamente a quanto accade nell'esperienza degli altri professionisti, all'aumentare della frequenza del contatto i mediatori esprimono anche livelli decrescenti di soddisfazione.

Gli stessi partecipanti attraverso il racconto della loro esperienza lavorativa spiegano le cause di questo effetto.

Il racconto dei mediatori in certi punti si presenta emotivamente denso; esso esprime il trasporto e la dedizione verso un lavoro che è inteso come un'opportunità che valorizza le proprie competenze interculturali, risponde a bisogni di riconoscimento di ruolo all'interno della società e soddisfa il desiderio di compartecipare e sostenere lo sviluppo della *agency* in altre persone o gruppi con cui si condividono profondamente le difficoltà connesse al processo di migrazione – anche perché esso, tante volte, costituisce una esperienza che accomuna mediatori e pazienti migranti. La mediazione molto spesso costituisce il fondamento della loro identità personale, coincide con la definizione di Se e diventa il centro psicologico di uno snodo di relazioni di cura molto complesse e ad alto impatto emotivo, collocate all'interno e all'esterno dello spazio simbolico del proprio lavoro (cfr. DSSVP 37; DSSVP 46; DSSVP 87 ). Ma, al contempo, i mediatori presentano la propria professione come un lavoro molto faticoso e coinvolgente, che difficilmente si risolve in un orario di svolgimento comune e che oltrepassa anche il confine fisico dei luoghi di lavoro. Non sempre, pertanto, l'esperienza del mediare, del ricomporre i conflitti e dell'accompagnare *tra* le culture – o anche del sentirsi essi stessi *tra* i conflitti e tra le culture – costituisce un lavoro che porta esiti positivi o a cui possono comunque essere sempre associate emozioni positive, sia per la difficoltà delle situazioni che devono essere gestite con estrema delicatezza sia sul piano burocratico che su quello relazionale, sia per il forte impatto che le storie di migrazione o le esperienze di vita più travagliate possono esercitare sui mediatori e sulle altre figure professionali



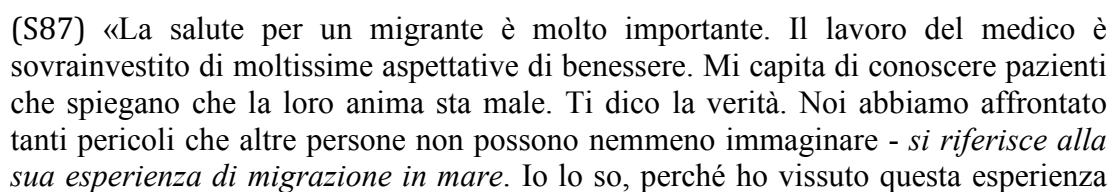


(S51) «I migranti non sono tutti sereni, con l'esperienza mi sono scontrata anche con la loro rabbia. Quando devo spiegare che hanno per esempio un problema di salute, che devono stare a riposo, si arrabbiano e se la prendono con me. Io sono la loro interfaccia, devo contenere anche la loro rabbia quando stanno male e il controllo medico è rinviato per qualche ragione. Allora mi dicono che non valgo niente. Non è semplice. Ho lavorato a lungo in un centro maschile per migranti. La difficoltà maggiore è stata superare la difficoltà del riconoscimento. Non mi riconoscevano alcun potere o competenza in quanto donna. Non ero nessuno. Non mi ascoltavano. Ero aria soprattutto per i migranti arabi.».

(S85) «Per me poi, in quanto mediatrice è imparare per aiutare. Così se qualcuno mi dice "sono musulmana", posso intuire cosa significhi questo al di là della parola musulmana, così come se un altro mi dice che è cristiano. Imparare a conoscere l'altro e come ha fatto il suo mixage nella migrazione, mi aiuta a comportarmi in modo rispettoso. Intercultura è conoscenza, informazione, linguaggi e culture»

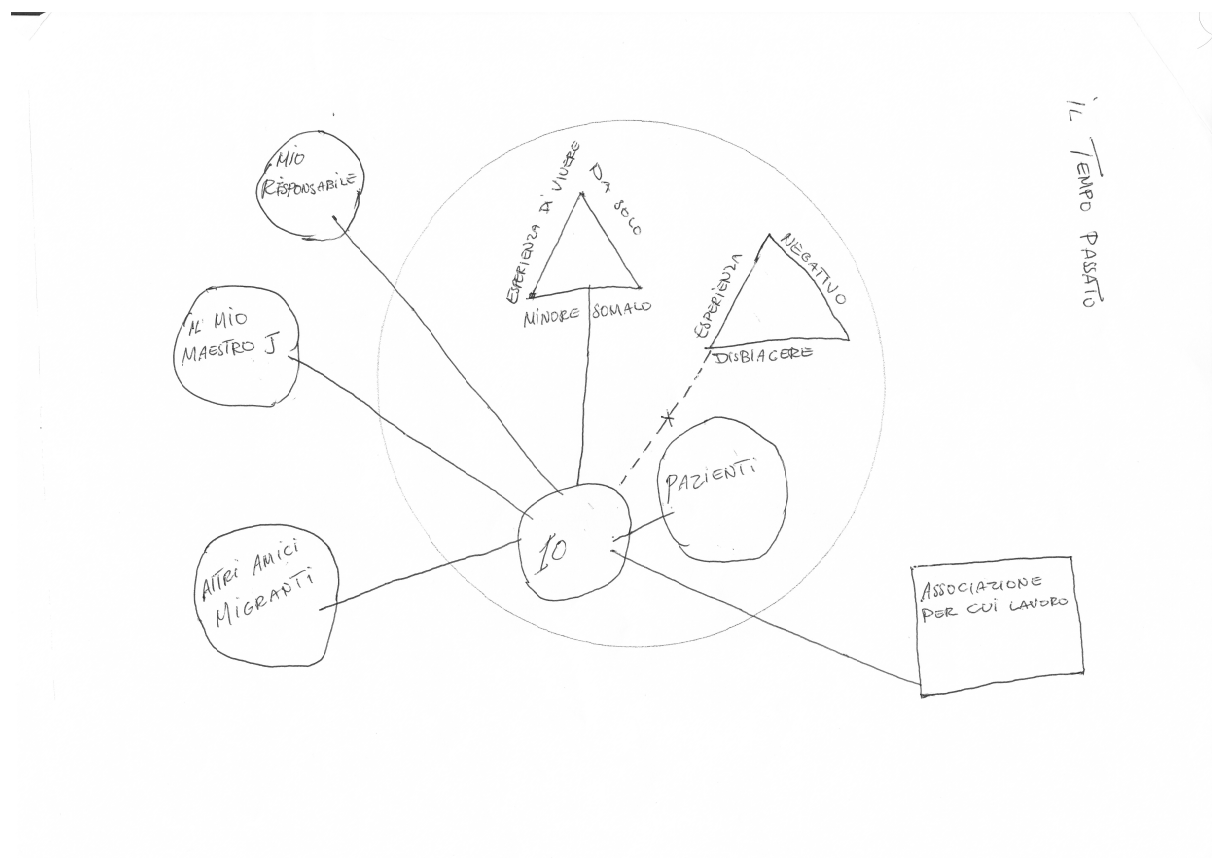
(S46) «I migranti hanno bisogno di molte cose: salute, soldi, lavoro, abiti, cibo, acqua per lavarsi, cure e attenzione. Hanno bisogno di molta comprensione. Soprattutto i minori. Vedo come è difficile per loro farsi comprendere nei centri di accoglienza. Soprattutto nel lavoro con i minori ci sono state tante difficoltà. Lavorare con i minori stranieri non accompagnati è stata per me un'esperienza straordinaria: forte e bella nello stesso tempo. Alla fine mi chiamavano tutti mamma e per me erano tutti figli miei, anche perché ho un figlio della loro età. Nel centro di accoglienza, appena arrivavano, ero l'unica persona che parlava la loro lingua, dunque, il loro unico punto di riferimento. C'erano ragazzini molto disorientati, avevano dodici, quattordici anni. Non stiamo parlando solo di un'età difficile, ma di storie davvero incredibili. Li accompagnavo per le visite mediche o per gli interventi. Stavo con loro, cercavo di farli sentire al sicuro. Mi hanno parlato delle loro storie, esperienze difficili e crudeli. Ragazzi nervosi e aggressivi con il terrore dentro sé. Questo deve interrogarci, in quanto operatori e in quanto persone. La maggior parte di loro ha conosciuto la morte durante il viaggio. Raccontano di essere stati per mesi nel deserto e di essere rimasti a lungo dentro l'acqua. Molti di loro arrivano con la pelle squamata. Sofferenze e dolori raccontati anche con il sorriso. I bambini somali raccontano di gente che muore in strada, di sparatorie. Le bambine raccontano di essere state violentate durante la migrazione. Dietro ciascuno di loro c'è una storia incredibile che ha un grosso peso sulle loro vite. Lavorare come mediatrice insieme a loro è stato difficile. Ero tra le poche persone a conoscere tutto questo dolore. Molti operatori vedevano solo la rabbia e alla rabbia inspiegabile si reagisce male qualche volta. I bambini non capivano perché dovevano mangiare, dormire e fare i bravi: loro erano venuti qui per lavorare. Volevano andare a lavorare. Le loro famiglie si erano indebitate per farli andare via e di questo mandato loro sentivano tutto il peso addosso. Dovevano migliorare il livello della vita. Quando riuscivano a telefonare ai loro genitori rimasti in Africa, volevano che anche io

DSSVP46 - esempio di rappresentazione dello spazio di vita professionale. Mediatore (S47)



quando sono andato via dalla Somalia. Siamo stati tanti giorni in mare abbiamo visto morire persone morire accanto a noi, l'acqua che entrava da tutte le parti e rompeva la barca. Di quaranta persone ne siamo sopravvissute una metà. Secondo me, mentalmente, una persona che ha vissuto tutto questo è diversa da chi non l'ha vissuto. Quando siamo arrivati a Lampedusa molti di noi erano sotto choc non sapevano dire il loro nome ... guardavano a destra e a sinistra, non potevano rispondere hanno visto troppi drammi. Come se il cervello avesse funzionato così tanto durante il viaggio che al momento dello sbarco si fosse fermato ... come un corto circuito ... un tilt ... un trauma. ... È difficile dirti che l'esperienza interculturale è un'esperienza piacevole. Te lo dico anche come straniero. Io lavoro spesso con i ragazzi stranieri. Se tu chiedi ai ragazzi che migrano: ehi com'è l'Italia, la tua vita ti piace? Non ti dicono sì. È difficile per alcuni aspetti e straordinaria per altri. Riuscire ad avere i documenti per restare è positivo. Ma quando si è stranieri, quando esci fuori dal tuo paese, la vita diventa negativa: non riesci ad affrontare la giornata, non riesci a sfruttare il tuo tempo, ti trovi ad attendere qualcosa alla stazione, in piazza ... sei sospeso. Non studi, non lavori, non puoi fare niente e, forse, non ti viene più voglia di fare niente. Per me - *aggiunge con uno sguardo che comunica orgoglio e tenacia* - fare mediazione è abbastanza piacevole».

DSSVP 87 esempio di rappresentazione dello spazio di vita professionale. Mediatore (S87)



## RISULTATI

Relativamente alle *caratteristiche del contatto*, l'analisi dei dati ha evidenziato che la maggior parte dei professionisti incontra pazienti migranti in una percentuale intermedia compresa tra il 25-70% rispetto alla totalità dei pazienti incontrati nello svolgimento del proprio lavoro. La qualità del contatto, espressa in termini di giudizi positivi e senso di piacevolezza percepita nella relazione di cura, sembra complessivamente soddisfacente.

I *punti critici* riguardano le difficoltà riscontrate nella comunicazione, la paura di contrarre infezioni e malattie e il confronto con storie di vita talvolta molto travagliate, che inducono i professionisti a riflettere sulla "sofferenza dell'anima" oltre che a quella fisica, generando una maggiore tensione nella relazione, soprattutto quando la storia umana e clinica del paziente coinvolge emotivamente l'operatore.

Per quanto riguarda più ampiamente le difficoltà comunicative, vengono rilevati una serie di fraintendimenti linguistici, ma anche più prettamente culturali, che influenzano negativamente il livello di soddisfazione nella relazione interpersonale e talvolta la manifestazione di forme di giudizio stereotipato nei riguardi di alcuni gruppi target, come le famiglie della comunità rom, la comunità cinese, le famiglie a cultura islamica provenienti dalle zone del Bangladesh e dello Sri Lanka (in particolar modo è fatto riferimento alla tendenza degli uomini di controllare diversi aspetti della vita sociale delle proprie mogli, ivi compresa la relazione di cura).

Rispetto agli operatori di Agrigento, quelli di Palermo hanno partecipato maggiormente a percorsi formativi inerenti il contatto con i pazienti migranti e la gestione delle problematiche connesse alla cura in situazione migratoria. Nonostante ciò essi giudicano la propria preparazione sul tema a un livello maggiormente insufficiente rispetto ai colleghi agrigentini. Questo dato sul confronto tra i due sottogruppi di partecipanti sembrerebbe contraddittorio, ma andrebbe, comunque, maggiormente approfondito e controllato rispetto ad altri fattori di mediazione o di moderazione, in quanto, oltre alle occasioni di formazione/aggiornamento professionale, nella valutazione delle competenze interculturali potrebbero intervenire altre variabili contestuali o personali come per esempio, una maggiore esperienza sul campo che costituisce una quota di sapere molto importante sia nell'esercizio di una professione, sia come conoscenza acquisita all'interno di una

organizzazione. I progetti di sostegno alla genitorialità migrante maggiormente conosciuti dai partecipanti riguardano servizi ambulatoriali dedicati alla cura e alla tutela della salute materno infantile (ostetricia, ginecologia e pediatria) per quanto riguarda la provincia di Palermo e costruzione di reti di servizi territoriali da parte del servizio sociale ospedaliero (in relazione al tipo di problematica o bisogno di cura) per quanto riguarda la provincia di Agrigento. Maggiormente informati sembrano, inoltre essere i professionisti del capoluogo siciliano.

*Studio 1.* I significati dell'intercultura distinguono un piano ideale e un piano reale, relativo alle concrete esperienze di cura con le famiglie migranti. Sul piano ideale, la maggior parte dei partecipanti esprime significati coerenti con quelli espressi in letteratura. Essa è cioè intesa come scambio, partecipazione condivisa, progettualità comune, reciprocità, ecc. Sul piano dell'azione concreta questa definizione pare essere difficilmente riscontrata, mostrando una sorta di discrepanza tra la dimensione ideale e la realtà quotidiana. Tra gli eventi emotivamente significativi, che rappresentano sia le difficoltà connesse al confronto con l'alterità dei pazienti migranti che la necessità di riorganizzare l'approccio alla cura per meglio rispondere ai loro bisogni di salute è stato scelto di riportare l'evento "incontro con madre MGF" (mutilazione genitale femminile), così come è stato narrato dalle diverse prospettive dei protagonisti, tredici operatori di una unità operativa di ostetricia e ginecologia.

*Studio 2.* In accordo con la letteratura sul contatto, i risultati indicano che nei contesti dove esso è stato rilevato, la frequenza del contatto predice anche la qualità della relazione, percepita in termini di giudizi positivi e senso di piacevolezza nella cura con i migranti. Inoltre, tale relazione è moderata dal tipo di professione svolta. In particolare, i mediatori linguistico culturali, che generalmente presentano un livello di soddisfazione più elevato rispetto alle altre figure professionali, all'aumentare della frequenza del contatto esprimono livelli decrescenti di soddisfazione.

Questo dato è stato interpretato anche alla luce delle spiegazioni fornite dai mediatori nel racconto della loro esperienza lavorativa. Nonostante l'enorme investimento e il trasporto verso una professione che è intesa a) come opportunità per valorizzare le proprie competenze interculturali, b) come desiderio di sostenere lo sviluppo della *agency* in altre persone o gruppi con cui si condividono profondamente

le difficoltà connesse al processo di migrazione e c) come risposta concreta al bisogno di riconoscimento di ruolo all'interno della società, i mediatori culturali esprimono le difficoltà legate ad un lavoro che non ha sosta, che difficilmente cioè si risolve in un orario definito e oltrepassa spesso i confini fisici del luogo di lavoro. Le difficoltà affrontate dai mediatori riguardano la complessità burocratica, relazionale ed emozionale delle richieste.

## DISCUSSIONE

La presenza dei migranti nei servizi di cura sociosanitaria impone lo sviluppo di nuove competenze in una prospettiva interculturale. Gestire, infatti, le richieste di salute da parte di pazienti di diversa cultura è un lavoro che per certi versi può sembrare molto affascinante, per altri invece è fortemente disorientante, a causa della complessità delle storie umane e cliniche con cui gli operatori si confrontano nella relazione di cura con famiglie migranti.

Per le caratteristiche specifiche del loro mandato, gli operatori sociosanitari sono chiamati ad accrescere la conoscenza sulla storia e sui vissuti dei pazienti migranti e a sviluppare un'attenzione empatica nei loro confronti.

Questi due punti, quindi, possiamo dire che costituiscono obiettivi di lavoro molto importanti, soprattutto per il mediatore linguistico culturale, in quanto consentono di creare, nella relazione di cura uno spazio di comprensione interculturale in cui deve trovare collocazione anche il professionista sanitario o sociale. Nel fare ciò, i mediatori culturali devono aiutare il personale sociosanitario e i pazienti migranti a ridurre il livello di tensione o di ansia che si accumula durante i colloqui clinico-anamnestici, nei controlli medici, nella organizzazione dei turni di un ambulatorio, nelle sale d'aspetto, dentro le sale parto o operatorie, durante il contatto con parenti (per esempio, la forte presenza delle figure maschili, nelle famiglie a cultura islamica) o con altri amici e/o connazionali che si recano a far visita al paziente durante la degenza in ospedale. Spesso, la grande quantità di lavoro, finisce con il sovraccaricare la figura del mediatore, che deve gestire la relazione da un vertice diverso sia da quello del servizio che da quello del paziente e, tuttavia, sotto la pressione di entrambe le parti. La maggiore esposizione allo stress nelle relazioni

interculturali a carico dei mediatori potrebbe in tal senso costituire un'ipotesi interpretativa dei risultati ottenuti.

Infine, prima di concludere, occorre prendere in considerazione alcuni aspetti che riguardano le caratteristiche del contesto in cui si è scelto di effettuare l'indagine e i limiti della presente ricerca.

Gli obiettivi principali dello studio hanno riguardato l'esplorazione delle *caratteristiche del contatto interculturale* e le definizioni attribuite dagli operatori al concetto di "*interculturalità*" sia rispetto alle dimensioni ideale e reale sia in relazione alle eventuali discrepanze. Inoltre, attraverso un'analisi di regressione di moderazione sono stati sottoposti a verifica l'ipotesi del contatto (assumendo come variabile dipendente la qualità percepita durante il contatto in termini di esperienza positiva e piacevole) e gli effetti di moderazione esercitati dalla professione svolta sulla percezione soggettiva della qualità dell'interazione con i pazienti migranti in diverse situazioni di contatto (basso, intermedio e alto).

L'ambito sanitario, luogo delle relazioni di cura, si configura come un contesto di indagine che coinvolge i pazienti e gli operatori in una situazione di contatto in cui:

- a) si vuole condividere uno scopo comune, ovvero promuovere, sostenere e /o ripristinare il benessere e uno stato di salute ottimale;
- b) la cooperazione tra le parti è un comportamento sollecitato, in quanto consente di creare la compliance necessaria per realizzare un percorso finalizzato al benessere;
- c) il contatto interculturale è legittimato dalle istituzioni.

Queste premesse costituirebbero tre delle quattro condizioni ottimali ipotizzate da Allport (1954), nell'Ipotesi del Contatto (rimarrebbe, in questo caso, esclusa la condizione in cui il contatto dovrebbe verificarsi all'interno di una relazione paritaria). Inoltre, la specificità della relazione di cura sanitaria farebbe presupporre la presenza di due condizioni che secondo Pettigrew e Tropp (2008), rendono positivi gli effetti del contatto interculturale ovvero l'interesse per la conoscenza dell'altro e l'atteggiamento empatico, in quanto si tratta di atteggiamenti su cui si fondano anche le competenze professionali utili alla relazione di cura (non esclusivamente intesa nel senso di diagnosi e terapia). Il limite della ricerca in merito a questo aspetto, riguarda il fatto che né le suddette variabili – status, familiarizzazione o accrescimento della

conoscenza ed empatia (cognitiva ed emotiva) - né la presenza o meno di ansia intergruppi, sono state prese in considerazione per testare l'ipotesi di moderazione della professione sugli effetti del contatto diretto.

In tal senso, sarebbe interessante approfondire i risultati inserendo nel modello anche le suddette variabili di mediazione, così come è stato studiato in letteratura (cfr. Pettigrew e Tropp, 2008; Islam e Hewestone, 1993; Paolini, Hewestone, Cairns e Voci, 2004; Turner, Hewestone, Voci e Vonofakou, 2008).

La seconda riflessione sulle caratteristiche del contesto in cui è stato esplorato il contatto interculturale con i pazienti migranti e a seconda della professione svolta, è in qualche modo collegata alla prima. Nello specifico, si tratta del fatto che l'ambito scelto per l'indagine, quello delle relazioni di cura sociosanitarie, è un ambito in cui le persone che ne fanno parte non possono scegliere se entrare o meno in interazione con i membri dell'outgroup. Sappiamo, infatti che il diritto alla cura è un diritto fondamentale riconosciuto in molti documenti internazionali e dal sistema legislativo e sanitario (SSN) del nostro paese e, pertanto, la prestazione di cure ai migranti – anche a quelli che si trovano in condizioni di irregolarità con il permesso di soggiorno – rientra nel mandato professionale degli operatori. Come riportato in letteratura (Hewestone, 2009; Pettigrew e Tropp, 2006), questa condizione, che potremmo definire di *contatto obbligato*, consentirebbe di escludere l'ipotesi che le differenze individuali orientano le persone a cercare o mantenere il contatto interculturale (differenze individuali → contatto), e di verificare più efficacemente che sono invece proprio gli effetti del contatto ad agire sulla riduzione del pregiudizio e sullo sviluppo di atteggiamenti favorevoli alla relazione intergruppo (contatto → atteggiamenti).

Ma, questa assunzione meriterebbe una più approfondita analisi in un eventuale prosieguo di questo lavoro, perché è anche da tenere presente l'ipotesi che le scelte professionali che attengono alla cura siano sottese da attitudini e caratteristiche individuali che avrebbero l'effetto di predisporre maggiormente gli operatori delle relazioni di cura verso atteggiamenti di accoglienza ed empatia ed esercitare dunque indirettamente, a loro volta, un effetto non solo sulla ricerca e sul mantenimento del contatto, ma anche sulle valutazioni espresse circa la soddisfazione personale in situazioni di contattato interculturale con i pazienti migranti. In questo senso, diventerebbe necessario chiarire la direzione della relazione causale tra il contatto



interculturale in ambito di cura professionale e i suoi effetti, controllando la varianza spiegata dalle caratteristiche personali degli operatori, come per esempio la capacità di assumere la prospettiva dell'altro (perspective taking), l'empatia e la self-expansion, ma anche fattori di personalità come l'apertura all'esperienza o le caratteristiche di autoritarismo o orientamento alla dominanza sociale.

## CONCLUSIONI

«A part of living together is learning to live together, and this comes through positive experience which, as we will see, involves overcoming initial anxieties and taking a more positive orientation to contact with members of unfamiliar groups»

(Hewestone, 2009, p. 8)

Con il presente lavoro, si è voluto approfondire il tema della gestione delle relazioni interculturali in ambito sanitario. La crescente presenza di famiglie migranti nei luoghi di cura e assistenza sociosanitaria, richiede l'acquisizione di una maggiore e reciproca conoscenza e lo sviluppo di competenze professionali utili a promuovere la costruzione condivisa dei legami e di una comune prospettiva di sviluppo e benessere.

Come scrive Hewestone (2009), i termini *coesione sociale* e *diversità* non sono del tutto sovrapponibili e piuttosto che di integrazione, certe volte si potrebbe parlare di disintegrazione, di erosione, di assenza di democrazia.

La sfida politica e scientifica è insita nel limite logistico di riuscire a raggiungere le persone e i gruppi che vivono in condizioni di isolamento e marginalità sociale e, dunque, in situazioni di maggiore vulnerabilità allo stress, a causa delle difficoltà generalmente connesse a queste condizioni di vita.

Sostenere le occasioni di contatto diretto e indiretto tra i gruppi sociali e culturali di un territorio potrebbe contribuire a distendere le tensioni e creare maggiore armonia nelle interazioni. Ciò dovrebbe essere un interessante obiettivo per le scienze dell'educazione. Il contesto sociale può, infatti, svolgere una funzione pedagogica, un laboratorio del *metissage*.

Riconoscimento e cura, categorie fondative della riflessione pedagogica interculturale (Dusi, 2007), costituiscono gli steps che rendono possibile e autentica ogni relazione umana.

La cura inizia sempre da un incontro in cui l'altro è riconosciuto come persona - portatore di saperi, bisogni, ansie, risorse, sofferenze, preoccupazioni, desideri e speranze. La cura si realizza in maniera privilegiata attraverso un processo relazionale, ma la relazione, sebbene necessaria, è altresì condizione insufficiente.

Della cura, infatti, due componenti sono importanti: la competenza tecnica e quella umanistica (Bruzzone, 2007).

La dimensione della cura implica un grande investimento cognitivo, culturale, emotivo, morale e politico che, a livello operativo, non si riduce esclusivamente a conoscenza di norme comportamentali e all'attuazione di protocolli di servizio: piuttosto, essa richiama il valore delle relazioni d'aiuto e il valore educativo dell'assistenza – sia per chi la riceve, che anche per chi la offre - e dell'incontro interculturale. Metabolizzare il carico emotivo nei vissuti di cura non è un fatto semplice. Implica il raggiungimento di un equilibrio tra distanza e coinvolgimento emotivo. Il vero problema della presenza di forti emozioni nell'esercizio professionale della cura consiste nel trovarsi sprovvisti di spazi, tempi e strumenti per poterli esprimere e rielaborare (Bruzzone, 2007, p. 157).

Le esperienze raccolte per la realizzazione dello studio indicano che creare intercultura con la famiglia migrante all'interno dei servizi significa soprattutto, conoscere, decentrarsi e co-costruire legami umani e di cura:

«legami fra il personale curante, legami fra i genitori, legami con i paesi d'origine, fra il qui e l'altrove»

(Moro, Neuman e Réal, 2010, p. 23).

## PERCHÉ LE COSE HANNO CONTORNI?

Figlia Papà, perché le cose hanno contorni?

[...]

Padre Non lo so tesoro. C'era una volta un artista molto arrabbiato che scribacchiava cose di ogni genere, e dopo la sua morte guardarono nei suoi quaderni e videro che in un posto aveva scritto: «I savi vedono i contorni e perciò li disegnano», ma in un altro posto aveva scritto: «I pazzi vedono i contorni e perciò li disegnano».

[...]

P. Be', William Blake – questo era il suo nome – era un grande artista e un uomo molto arrabbiato. E a volte arrotolava le sue idee, facendone palline di carta che poi gettava alla gente.

F. Ma perché era tanto arrabbiato, papà?

P. Perché era tanto arrabbiato? Be'... molta gente pensava che lui fosse - matto proprio matto – pazzo quando era arrabbiato. E questa era una delle cose che lo facevano arrabbiare da matti. E poi si arrabbiava con certi artisti che dipingevano figure come se le cose non avessero contorni. Li chiamava «la scuola sbavacchiante».

F. Non era molto tollerante, vero, papà?

P. Tollerante? Dio santo ... Sì, lo so ... questo è quello che ti ficcano in testa a scuola. No Blake non era molto tollerante. Non pensava neppure che la tolleranza fosse una buona cosa. Pensava che confondesse tutti i contorni e impantanasse tutto ... che rendesse tutti i gatti grigi. Così che nessuno fosse più in grado di vedere nulla in modo chiaro e netto.

F. Sì, papà.

P. No, questa non è una risposta. 'Sì, papà' non è una risposta. Quello che mi fa capire questa risposta è solo che tu non sai qual è la tua opinione ... e quello che dico io o che dice Blake non vale un fico secco per te e che la scuola ti ha così rintontito coi discorsi sulla tolleranza che non sai più vedere la differenza tra una cosa e l'altra.

F. (*Piange*)

P. Santo cielo, scusami, ma mi sono arrabbiato. Ma non proprio con te. Mi sono arrabbiato per l'approssimazione con cui la gente pensa e agisce ... e poi predicano la confusione e la chiamano tolleranza.

[...]

F. Perché è una cosa che fa arrabbiare?

P. Che cos'è che fa arrabbiare?

F. Cioè ... se le cose hanno i contorni. Hai detto che William Blake si arrabbiava per questo. E poi tu ti sei arrabbiato per questo. Perché papà?

P. Sì, credo che sia così, in un certo senso. Credo che sia importante. In un certo senso, forse è *la* cosa importante. E le altre cose sono importanti solo perché fanno parte di questa.

[...]

P. [...]. Quello che voglio dire è che la confusione e il disordine sono cose per cui ci si deve arrabbiare.

F. Papà?

P. Sì?

F. Anche l'altro giorno parlavamo di disordine. Stiamo parlando della stessa cosa anche adesso?

P. Sì, certamente. Ecco perché è importante ... quello che abbiamo detto l'altro giorno.

F. E tu hai detto che il compito della scienza è di rendere chiare le cose.

P. Sì, è ancora la stessa cosa.

(G. Bateson, 1953)

## BIBLIOGRAFIA

- Abou, S. (1981). *L'identité culturelle. Relations interethniques et problèmes d'acculturation*. Paris: Anthropos
- Aiken, L.S e West, S. G (1991). *Multiple regression: Testing and interpreting interactions*. Thousand Oaks: Sage
- Allen, J. (1995). *Coping with trauma: a guide to self-understanding*. Washington DC: American Psychiatric Press.
- Allport, G.W. (1954). *The nature of prejudice*. Reading M.A.: Addison-Wesley.
- Ambrosini, M. e Molina, S. (a cura di ) (2004). *Seconde generazioni. Un'introduzione al futuro dell'immigrazione in Italia*. Torino: Fondazione Agnelli
- Amichai-Hamburger, Y. e McKenna, K.Y.A. (2006). The contact hypothesis reconsidered: Interacting via the internet. *Journal of Computer-mediated Communication*, 11, 825-843
- Antonovsky, A. (1979). *Health, Stress and Coping*. San Francisco: Jossey-Bass Publishers.
- Antonovsky, A. (1987). *Unraveling the mystery of health*. San Francisco: Jossey-Bass Publishers.
- Antonovsky, A. (1996). The salutogenic Model as Theory to guide health promotion. *Health Promotion International*, 11, 1-18..
- Arcuri, L. e Cadinu, M. (1998). *Gli stereotipi*. Bologna: Il Mulino.
- Aron, A., Aron, E. N., e Norman, C. (2001). Self-expansion model of motivation and cognition in close relationships and beyond. In G. J. O. Fletcher, e M. S. Clark (a cura di), *Blackwell handbook of social psychology: Interpersonal relations* (pp. 478-502). Malden, MA: Blackwell.
- Baccetti, S. (2001). *La comunicazione interculturale in sanità*. Torino: Centro Scientifico Editore
- Balsamo, E. (2003). Il bambino africano. In M. Lo Giudice (a cura di), *Etnopediatria. Bambini e salute in una società multietnica* (pp. 110-136). Milano: Hippocrates Edizioni Medico-scientifiche, vol. I
- Balsamo, F. (2006). *Famiglie di immigrati*. Roma: Carocci.
- Barbieri, V. (2008). La comunicazione interculturale nel sistema sanitario. *La Rivista di Servizio Sociale*, 3, [www.rivistadiserviziosociale.it](http://www.rivistadiserviziosociale.it)

- Bastianoni, P. (a cura di). (2001). *Scuola e immigrazione*. Milano: Unicopli.
- Bateson, G. (1935). Culture Contact and Schismogenesis. *Man*, 35, 178-183. [trad. it. (1976). Contatto tra le culture e schismogenesi, in G. Bateson, *Verso un'ecologia della mente* (pp. 95-107). Milano: Adelphi].
- Bateson, G. (1953). Metalogue: Why Do Things Have Outlines?. *ETC.: A Review of General Semantics*, 11, 1, 59-63. [trad. it. Perché le cose hanno contorni? (pp. 58-63), in *Verso un'ecologia della mente*. Milano: Adelphi, ventitreesima edizione, 2006].
- Beneduce, R. (1999) (a cura di). *Mente persona cultura. Materiali di etnopsicologia*. Torino: L'Harmattan.
- Benhabib, S. (2005). La rivendicazione dell'identità culturale. Eguaglianza e diversità nell'era globale. Bologna: Il Mulino.
- Benhabib, S. (2006). I diritti degli altri. Stranieri, residenti, cittadini (cultura e società). Milano: Raffaello Cortina.
- Benhabib, S. (2008). Cittadini globali. Cosmopolitismo e democrazia (voci). Bologna: Il Mulino.
- Berger P.L. e Luckman T. (1969). *La realtà come costruzione sociale*. Bologna: Il Mulino.
- Berry J.W. (2007). Acculturation strategies and adaptation. In J.E. Landford, Deater-Deckard e M.H. Bornstein (a cura di), *Immigrant Families in Contemporary Society* (pp. 69-82). New York: Guilford Press.
- Berry J.W., Kim U., Power S., Young M., Bujaki M., 1989, Acculturation attitudes in plural societies, *Applied Psychology*, 38, 185-206
- Berry, J., Trimble, J., Olmedo, E. (1986). Assessment of acculturation, Lonner W., Berry J., Fields methods in cross-cultural research, Sage, Newbury Park
- Berry, J.W. (2001). A Psychology of Immigration. *Journal of Social Issue*, 57, 615-631.
- Berry, J.W., Poortinga, Y.P., Segall, M.H. e Dasen, P.R. (1992). *Cross-cultural psychology: research and applications*. New York: Cambridge University Press.
- Bertalanffy, L. (1968). *General system theory*. New York: George Braziller
- Bevilacqua P. (2009). La valutazione diagnostica dei bambini e degli adolescenti migranti. In M.L. Cattaneo e S. dal Verme (a cura di), *Terapia transculturale per le famiglie migranti* (pp. 238-286). Milano: Franco Angeli

- Billing, M. e Tajfel, H. (1973). Social Categorization and Similarity in Intergroup Behaviour. *European Journal of Social Psychology*, 1, 149-178.
- Bilongo J. R. (2010). 'Italiette' nello sguardo del sud del mondo. In C. Arcidiacono e F. Tuccillo (a cura di), *Ricerca interculturale e processi di cambiamento. Metodologie, risorse e aree critiche* (pp. 85-89). Caserta: Edizioni Melagrana.
- Biraghi G., Montanari A. e Re E. (2008). Servizio psichiatrico e utenza straniera. *Prospettive Sociali e Sanitarie*, 6, 4-8.
- Bornstein M.H. e Cote, L. (2007). Knowledge of child development and family interactions among immigrants to America: perspectives from developmental science, In J.E. Lansford, K. Deater-Deckard e M.H. Bornstein (a cura di), *Immigrant Families in Contemporary Society* (pp. 121-136). New York: Guilford Press.
- Bornstein, M. H. (2003). Parenting e sviluppo infantile: considerazioni intraculturali e interculturali. In C. Poderico, P. Venuti, R. Marcone (a cura di), *Diverse culture, bambini diversi? Modalità di parenting e studi cross-culturali a confronto* (pp. 31-56), Milano: Unicopli.
- Bourhis R.Y., Moise L.C., Perreault S., Senécal S., 1997, Towards an interactive acculturation model : A social psychological approach. *International Journal of Psychology*, 32, pp. 369-386
- Bourhis, R. Y., & Bougie, E. (1998). Le modèle d'acculturation interactif: Une étude exploratoire [Interactive acculturation model: An exploratory study]. *Revue Québécoise de Psychologie*, 19(3), 75-114.
- Brewer, M. B. e Miller N. (1984). Beyond the contact hypothesis: Theoretical perspectives on desegregation. In N. Miller e M.B. Brewer (a cura di), *Groups in contact: The psychology of desegregation* (pp.281-302) Orlando F.L.: Academic Press.
- Brewer, M.B., Weber, J. G. e Carini, B. (1995). Person memory in intergroup contexts: Categorization versus individuation. *Journal of Personality and Social Psychology*, 69, 29-40.
- Brown, R., Vivian, J., & Hewstone, M. (1999). Changing attitudes through intergroup contact: The effects of group membership salience. *European Journal of Social Psychology*, 29, 741-764.



- Brown, R.J., e Hewstone, M. (2005). An integrative theory of intergroup contact. In M.P. Zanna (a cura di), *Advances in Experimental Social Psychology* (vol. 37, pp. 255-331) San Diego, CA: Academic Press.
- Bruner, J.S. (1957). Going beyond the information living. In J.S. Bruner, E. Brunswik, L. Festinger, F. Heider, K.F. Muenzinger, C.E. Osgood e D. Rapaport (a cura di). *Contemporary approaches to cognition*
- Bruni, C. (2009). La scuola: luogo di speranza e di paura. In M.L. Cattaneo e S. dal Verme (a cura di). *Terapia transculturale per le famiglie migranti* (pp. 217-237). Milano: Franco Angeli.
- Burr, W. R. (1973). *Theory construction and the sociology of the family*. New York: Wiley.
- Bydlowski, M. (1997). *Il debito di vita. I segreti della filiazione*. Tr. it. Urbino (2000): Edizioni Quattro Venti.
- Cambell, D.T. (1958). Common fate, similarity and other indices of the status of aggregates of persons as social entities. *Behavioral Science*, 3, 14-25.
- Cambi, F. (2001). *Intercultura: fondamenti pedagogici*. Milano: Carocci.
- Campbell, D.T. (1956). Perception as substitute trial and error. *Psychological Review*, 63,5, 330-342.
- Capozza, D. e Brown, R. (2000). *Social Identity Processes*. London: Sage.
- Carrà Mittini, E. (1999). *La famiglia globale. La sfida delle generazioni nella società del rischio*. Milano: Franco Angeli.
- Carrer, S., Catino, E., Lafuente, M., Aragona, M., Mazzetti, M., Maisano, B. e Geraci, S., (2009). Risultati preliminari di uno screening delle “Ferite Invisibili” nell’ambulatorio di Medicina Generale Caritas per immigrati. Atti del X Consensus Conference sull’immigrazione e VII Congresso Nazionale SIMM, 5-7 febbraio, Trapani, 184 – 189.
- Castiglioni, M. (2001). *Percorsi di cura delle donne immigrate. Esperienze e modelli di intervento*. Milano: Franco Angeli
- Cattaneo, M.L e dal Verme, S. (a cura di) (2009). *Terapia transculturale per le famiglie migranti*. Milano: Franco Angeli

- Cattaneo, M.L. (2009). Gli effetti traumatici della migrazione sui genitori e sui figli. In M.L. Cattaneo e S. dal Verme (a cura di), *Terapia transculturale per le famiglie migranti* (pp.86-130). Milano: Franco Angeli.
- Charles, C. Z., Dinwiddie, G., e Massey, D. S. (2004). The continuing consequences of segregation: Family stress and college academic performance. *Social Science Quarterly*, 85, 1353-1373.
- Chiarenza, A. (2005). Il progetto Migrant-friendly Hospital: un'iniziativa di promozione della salute degli immigrati e delle minoranze etniche. In C. Cipolla (a cura di), *Manuale di sociologia della salute: spendibilità* (pp. 214-230). Milano: Franco Angeli.
- Chiarenza, A. (2007a). *L'uomo, il migrante e i suoi bisogni di salute*. WHO HPH Task Force on Migrant Friendly and Culturally Competent Health Care. Aosta, 31 marzo.
- Chiarenza, A. (2007b). Strategie per lo sviluppo dei servizi sanitari "migrant-friendly" e culturalmente competenti. In M. Tognetti Bordogna (a cura di), *Arrivare non basta* (pp. 306-317). Milano: Franco Angeli
- Chiarenza, A. e Simonelli, F. (2003). *Alleanze per la salute: il contributo della rete HPH alle politiche sanitarie nelle regioni Emilia Romagna e Toscana*. Salute e Società, 3, 65-78
- Chiarolanza, C. e Ardone, R (2007). Integration and Well-Being in Immigrants Adolescents. *Integrating New Migrants in the New Europe*. A Challenge for Community Psychology, II European Community Psychology Association Seminar, Sevilla, September 19-21<sup>th</sup>.
- Chiarolanza, C. e Ardone, R. (2008). La valutazione del benessere in adolescenti migranti. In A. Taurino, P. Bastianoni e S. De Donatis (a cura di), *Scenari familiari in trasformazione* (pp. ). Roma: Aracne.
- Cicerone, M. T. (44 a. C.). *De Officiis* (versione it. a cura di D. Arfelli. Bologna: Zanichelli 1969).
- Cohen, J., Cohen, P., West, S. G. e Aiken, L.S. (2003). *Applied multiple regression/correlation analysis for the behavioral sciences*, 3<sup>rd</sup>. ed. Hillsdale: Erlbaum.

- Cohen, S., Sherrod, D. R., & Clark, M. S. (1986). Social skills and the stress-protective role of social support. *Journal of Personality and Social Psychology*, 50, 963-973.
- Cole M. (2004). *La psicologia culturale*. Roma: Carlo Amore.
- Cornish, F. (2004). Making 'context' concrete: A dialogical approach to the society health relation. *Journal of Health Psychology*, 9 (2), 281-294.
- Cornish, F. (2006). Empowerment to participate: a case study of participation by Indian sex workers in HIV prevention. *Journal of Community and Applied Social Psychology*, 16, 301-315.
- Crinali, (2004). *Adolescenza e migrazione: counseling psicologico e laboratori interculturali a scuola*. Atti del Convegno, 10 novembre 2004. Milano (stampato in proprio).
- Crinali, (2006). *Quaderno di formazione alla clinica transculturale*. In S. dal Verme e B. Facchetti (a cura di). Milano: Civica stamperia del Comune di Milano.
- Crinali, (2008). *L'accoglienza delle famiglie migranti nei servizi di neuropsichiatria e di psicologia per i bambini e gli adolescenti: primi risultati di una sperimentazione in corso*. Atti del Convegno 29 novembre 2008. Milano: Civica stamperia del Comune di Milano.
- Crinali, AA.VV. (2001a). *Professione mediatrice culturale. Un'esperienza di formazione nel settore materno infantile*. Milano: Franco Angeli. (Prendere)
- Crocker J. e Mayor, B. (1989). Social stigma and self-esteem: The self protective properties of stigma. *Psychological Review*, 96, 608-630.
- Dal Lago A. (1999). *Non-persone. L'esclusione dei migranti in una società globale*. Milano: Feltrinelli
- dal Verme, S. (2009). Il servizio di clinica transculturale. In M.L. Cattaneo e S. dal Verme (a cura di). *Terapia transculturale per le famiglie migranti* (pp. 33-85). Milano: Franco Angeli.
- Dasgputa, N. e Greenwald A.G. (2001). On malleability of automatic attitudes: Combating automatic prejudice with images of admired and disliked individuals. *Journal of Personality and Social Psychology*, 81, 800-814.
- De Cordova, F. (2001). Il tema delle mutilazioni genitali femminili. In M. Castiglioni (a cura di), *Percorsi di cura delle donne immigrate. Esperienze e modelli di intervento* (pp. 82-106). Milano: Franco Angeli

- Demetrio, D. e Favaro, G. (a cura di) (1992). *Immigrazione e Pedagogia interculturale*. Firenze: La Nuova Italia.
- Devine, P.G. (1989). Stereotyping and prejudice: Their automatic and controller components. *Journal of Personality and Social Psychology*, 56, 5-18.
- Di Vita, A .M., Errante, M., Salerno, A. e Vinciguerra, M. (2004). Simboli e significati della gravidanza e della nascita nelle famiglie immigrate. In A. Salerno e A.M. Di Vita (a cura di), *Genitorialità a rischio* (pp. 170-209). Milano: Franco Angeli.
- Di Vita, A. M. e Granatella, V. (2009). *Famiglie in viaggio*. Roma: Magi.
- Di Vita, A. M. e Merenda, A. (a cura di) (2004). *Al di là della solitudine del bambino*. Roma: CISU.
- Di Vita, A. M., Errante, M., e Vinciguerra, M. (2006). Scenari della gravidanza e della nascita nelle famiglie immigrate. In G.B. La Sala, V. Iorio, F. Monti, P. Fagandini (a cura di), *La «normale» complessità del venire al mondo. Incontro tra scienze mediche e scienze umane* (pp. 385-405), Milano: Guerini studio.
- Di Vita, A. M., Errante, M., e Vinciguerra, M. (2008). La grossesse dans une perspective transculturelle: femmes immigrées à Palerme. *L'autre, Cliniques, cultures et sociétés*, 9, 1, 101-117.
- Di Vita, A.M., Errante, M., Vinciguerra, M. (2003). Il parto altrove. *Psicologia Contemporanea*, 180, 30-37.
- Di Vita, A.M., Granatella, V. e Vinciguerra, M. (2007). Divenire genitori in un paese straniero. In P. Bastianoni e A. Taurino (a cura di), *Famiglie e genitorialità oggi. Nuovi significati e prospettive* (pp. 117-148). Milano: Unicopli
- Dossier Statistico Caritas/Migrantes (2010). *Per una cultura dell'incontro*. XX Rapporto sull'immigrazione.
- Dovidio, J. F., Gaertner, S. L., & Kawakami, K. (2003). Intergroup contact: The past, present and future. *Group Processes and Intergroup Relations*, 6, 5-21.
- Dovidio, J., Kawakami, K., e Gaertner, S. L. (2000). Reducing contemporary prejudice: Combating explicit and implicit bias at the individual and intergroup level. In S. Oskamp (a cura di.), *Reducing prejudice and discrimination* (pp. 137-163). Mahwah, NJ: Erlbaum
- Dusi, P. (2007). *Riconoscere l'altro per averne cura. Linee di pedagogia familiare nella società multiculturale*. Brescia: La Scuola.

- Erikson E. (1968). *Identity: Youth and Crisis*. New York: Norton.
- Ethier, L.S., Couture, G., Lacharite, C. e Gagnier, J.P. (2000). Impact of a multidimensional intervention programme applied to families at risk for child neglect. *Child Abuse Review*, 9, 19-36.
- Favaro, G. (2001). Ricostruire la dimora altrove. Esperienze e progetti per famiglie e donne immigrate. In V. Iori (a cura di), *Strumenti, famiglie, domiciliarità, relazioni* (pp. 71-84). Milano: Unicopli.
- Favaro, G. (2007) Mettere radici altrove. Con i figli. *Famiglia Oggi*, 2, [www.stpauls.it/fa\\_oggi](http://www.stpauls.it/fa_oggi)
- Fazio-Allmayer, B. (1987). La logica della compossibilità o della storicità della filosofia. *Bollettino della Fondazione Nazionale «Vito Fazio-Allmayer»*, 1-2.
- Finzi I. (2009a). I bambini e la clinica transculturale. In M.L. Cattaneo e S. dal Verme (a cura di), *Terapia transculturale per le famiglie migranti* (pp. 131- 172). Milano: Franco Angeli
- Finzi I. (2009b). *Il bambino straniero e il suo mondo relazionale*. Atti del X Consensus Conference sull'immigrazione e VII Congresso Nazionale SIMM, 5-7 febbraio, Trapani, 443-446.
- Finzi, I. (2011). Le dimensioni del disagio dei bambini e adolescenti migranti e la risposta sei Servizi. Seminario Internazionale *L'assessment di bambini e adolescenti migranti: difficoltà e risorse. Temi: un test proiettivo narrativo multiculturale*. Università Cattolica del Sacro Cuore, Milano, 19 novembre.
- Fiske S.T. e Neuberg S.L. (1990). A continuum model of impression formation from category-based to individuating processes: Influences of information and motivation on attention and interpretation, In M.P. Zanna (a cura di), *Advances in Experimental Social Psychology* (pp.1-74). S.Diego: Academic Press.
- Flynn, F.J. (2005). Having an open mind: The impact of openness to experiences on interracial attitudes and impression formation. *Journal of Personality and Social Psychology*, 88, 816-826.
- Fonagy P. e Target, M. (2001). *Attaccamento e funzione riflessiva*. Milano: Raffaello Cortina.
- Fondazione Andolfi, 2003, *La qualità della vita delle famiglie immigrate in Italia*, Franco Angeli, Milano

- Fumagalli, M. (2007). Servizi sociali, operatori, cittadini stranieri: cambiamento e opportunità. In M. Tognetti Bordogna (a cura di), *Arrivare non basta* (pp. 273-290). Milano: Franco Angeli.
- Gaertner, S.L. e Dovidio, J.F. (2000). *Reducing Intergroup Bias: The Common Intergroup Identity Model*: Philadelphia: Psychology Press.
- Gecele, M. (2002). Introduzione. In M. Gecele (a cura di), *Fra saperi ed esperienza. Interrogare identità appartenenze e confini* (pp. 13-16). Torino: Il leone verde.
- Geertz, C. (1974). Islam. Analisi socioculturale dello sviluppo religioso in Marocco e in Indonesia. Brescia: Morcelliana.
- Geertz, C. (1994). The uses of diversity. In R. Borofsky (a cura di), *Assessing cultural anthropology* (pp. 556-559). New York: McGraw Hill.
- Geraci S. (2001). *Immigrazione femminile: quale assistenza sanitaria?* Roma: Percorsi Editoriali Carocci
- Geraci S. (2009). *Il percorso del diritto all'assistenza degli immigrati in Italia: la nostra storia!* Atti del X Consensus Conference sull'immigrazione e VII Congresso Nazionale SIMM, 5-7 febbraio, Trapani, 15-26
- Geraci, S, Martinelli, B. e Olivani, P. (2003). *Assistenza sanitaria agli immigrati: politiche locali e diritto sovranazionale*. Atti del I Workshop Immigrazione, salute e partecipazione. Aspetti critici e nuove prospettive operative. Roma: Istituto Italiano di Medicina Sociale.
- Geraci, S., Maisano, B., Mazzetti, M. (2005). Migrazione, salute, cultura, diritti. Un lessico per capire. In Studi Emigrazione, 157, 3-181. Roma: Rivista trimestrale del Centro Studi Emigrazione.
- Giambalvo, E. (2006). Itinerari verso l'intercultura: dal monismo al pluralismo, dalla possibilità alla compossibilità. In M. R. Manca (a cura di), *Ποικιλία. Studi e Ricerche sull'intercultura* (pp. 109-127). Palermo: Fondazione Vito Fazio-Almayer
- Gilli, O., Greco, O., Regalia, C. e Banzatti, G. (1992). *Il Disegno Simbolico dello Spazio di Vita Familiare*. Milano: Vita e Pensiero.
- Giovannini, D. (2007). Immigrazione, contatto interetnico e relazioni interpersonali: il ruolo dell'amicizia in gruppi di adolescent. In G.Cacciavillani e Leonardi E. (a cura di). *Una generazione in movimento* (120-139). Milano: Franco Angeli.

- Giovannini, D. e Pintus, A. (2005). Acculturazione, Contatto Interetnico e Relazioni Intergruppi. In G. Sarchielli e B. Zani (a cura di), *Persone, Gruppi e Comunità. Scritti in onore di Augusto Palmonari* (pp. 53-80). Il Mulino: Bologna.
- Gozzoli, C. e Galuppo, L. (2005). Il ruolo dei mediatori culturali nei servizi, tra nuove domande sociali e sviluppo di competenze. In A. Bruno, C. Kaneklin, G. Scaratti (a cura di), *I processi di generazione delle conoscenze nei contesti organizzativi e di lavoro* (pp. 225-240). Milano: Vita e Pensiero.
- Gozzoli, C. e Regalia, C. (2005). *Migrazioni e famiglie. Percorsi, legami e interventi psicosociali*. Bologna: Il Mulino.
- Gozzoli, C. e Tamanza, G. (1998). *Family Life Space. L'analisi metrica del disegno*. Milano: Franco Angeli
- Gozzoli, C., e Regalia, C. (2006). Cura dei legami familiari nella migrazione. In Scabini, E., Rossi, G. (a cura di), *Le parole della famiglia* (pp. 155-167). Milano: Vita e Pensiero.
- Guidano, V. F. 1988. *La complessità del Sé*. Torino: Bollati Boringhieri.
- Gulotta, R. (2006). I diritti umani come fondamento di un progetto interculturale. In M. R. Manca (a cura di) *Ποικιλία*. Studi e Ricerche sull'intercultura (pp. 109-127). Palermo: Fondazione Vito Fazio-Almayer.
- Guzzanti, E. (1995). Atti della XII Commissione Parlamentare, 7 febbraio.
- Hall, E. T. (1959). *The Silent Language*. New York: Double-day (trad. it. 1969, *Il linguaggio silenzioso*. Milano: Bompiani).
- Hall, E.T. (1969). *The Hidden Dimension*. New York: Doubleday (trad. it. *La dimensione nascosta*, Bompiani, Milano).
- Halualani, R.T. (2008). How do multicultural university students define and make sense of intercultural contact? A qualitative study. *International Journal of Intercultural Relations*, 32, 1-16.
- Hamilton, D.L. e Sherman, S.J. (1996). Perceiving persons and groups. *Psychological Review*, 103, 336-355.
- Hara, K. e Kim, M. (2003). The effect of self-construals on conversational indirectness. *International Journal of Intercultural Relations*, 28, 1-18.

- Hewstone, M. (2009). *Living apart, living together? The role of intergroup contact in social integration*. Max Planck Institute for the Study of Religious and Ethnic Diversity. MMG Working Paper. Göttingen. [www.mng.mpg.de](http://www.mng.mpg.de)
- Hewstone, M. (1996). Contact and categorization: Social psychological interventions to change intergroup relations. In C. N. Macrae, C. Stangor, e M. Hewstone (a cura di.), *Stereotypes and stereotyping* (pp. 323-368). New York, NY: Guilford.
- Hewstone, M. e Brown, R. (1986). Contact is not enough: An intergroup perspective on the 'contact hypothesis'. In M. Hewstone e R. Brown (a cura di), *Contact and conflict in intergroup encounters* (pp. 1-44). Oxford, UK: Blackwell.
- Hewstone, M. e Voci, A. (2009). Diversità e integrazione: il ruolo del contatto intergruppi nei processi di riduzione del pregiudizio e risoluzione dei conflitti. *Psicologia Sociale*, 1, 9-28.
- Hill R. 1949. *Family under stress*. New York: Harper & Row.
- Hounkpatin, L. (2002). Identità nascoste, identità svelate. In M. Gecele (a cura di), *Fra saperi ed esperienze* (pp. 49-57). Torino: Il leone verde
- Inghilleri, P. (2009). *Psicologia culturale*. Milano: Cortina.(pp. 41-69). Cambridge, MA: Harvard University Press
- Inghilleri, P., Castiglioni, M., de Cordova F. (1998). I cittadini stranieri e i servizi socio-sanitari italiani: modalità di comunicazione e cambiamento dell'identità. *IKOM, forme e processi del comunicare*, 37, pp. 12-37
- Islam, M.R. e Hewstone, M. (1993). Dimensions of contact as predictors of intergroup anxiety, perceived outgroup variability, and outgroup attitude: An integrative model. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 19, 700-710.
- Kenworthy, J., Turner, R., Hewstone, M., e Voci, A. (2005). Intergroup contact: When does it work, and why? In J. Dovidio, P. Glick, & L. A. Rudman (a cura di), *On the nature of prejudice: Fifty years after Allport* (pp. 278-292). Oxford, UK: Blackwell.
- L'Abate, L. (1990). *Le risorse della famiglia*. Bologna: Il Mulino
- La Barbera, D. (2005). Immigrazione e disagio psichico. In C. Novara e G. Lavanco (a cura di), *Narrare i servizi agli immigrati* (pp. 75-112). Milano: Franco Angeli
- La Greca, A., & Lopez, N. (1998). Social anxiety among adolescents: Linkages with peer relations and friendships. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 26, 83-94.



- La Mantia C., Bevolo P., Manghi M. e Foracchia A. (2009). *Diventare genitori in un intreccio di mondi. Considerazioni sull'esperienza di corsi di preparazione alla nascita pluriculturali*. Atti del X Consensus Conference sull'immigrazione e VII Congresso Nazionale SIMM, 5-7 febbraio, Trapani, pp. 240-244
- Lemma P. (2005). *Promuovere la salute nell'era della globalizzazione*. Milano: Unicopli.
- Lemma, P. (2005). *Promuovere la salute nell'era della globalizzazione*. Milano: Unicopli.
- Lewin, K. (1935). *Principles of topological psychology*. New York: McGraw-Hill
- Lewin, K. (1951). *Field theory in social science: selected theoretical papers*. New York: Harper-Row
- Lewin, K. (1972). *Comportamento e sviluppo come funzione della situazione totale*. In Teoria e sperimentazione in psicologia. Bologna: Il Mulino (trad. italiana a cura di M. Baccianini).
- Lingiardi V. 2001. *La personalità e i suoi disturbi*. Milano: Il Saggiatore.
- Linville, P.V. e Jones E.E. (1980). Polarized appraisals of out-group members. *Journal of Personality and Social Psychology*, 38, , 689-703.
- Linville, P.V., Fisher, G.W. e Salovey, P. (1989). Perceived distribution of the characteristics of ingroup and outgroup members: Empirical evidence and computer simulation. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57, 165-188.
- Lo Giudice, M. (2003a). *Etnopediatria. Bambini e salute in una società multietnica*. Milano: Hippocrates Edizioni Medico-scientifiche, vol. I.
- Lo Giudice, M. (2003b). I bisogni di salute del bambino immigrato. *Area Pediatrica IV*, 1, 4-16.
- Lo Giudice, M. e Sisto, M. R. (2009). *Pediatra di territorio ed assistenza a tutti i bambini stranieri*. Atti del X Consensus Conference sull'immigrazione e VII Congresso Nazionale SIMM, 5-7 febbraio, Trapani, 89-93.
- Lorenzi-Cioldi, F. Eagly A.H. e Stewart T.L. (1995). Homogeneity of gender groups in memory. *Journal of Experimental Social Psychology*, 31, 193-217.
- Mabilia, M. (2009). Relazione presentata al Seminario Segni Invisibili. "Approccio antropologico: il significato delle MGF nelle società africane dove sono praticate e il benessere della famiglia in emigrazione", Palermo, 15 maggio 2009.

- Malagoli Togliatti M. e Lubrano Lavadera A. (2002). *Dinamiche relazionali e ciclo di vita della famiglia*. Bologna: Il Mulino
- Mantovani G. (2003). *Metodi qualitativi in psicologia*. Bologna: Il Mulino
- Mantovani S. (1998). La ricerca sul campo in educazione. Milano: Mondadori
- Mantovani, G. (2004). *Intercultura. È possibile evitare le guerre culturali?* Bologna: Il Mulino.
- Mantovani, G. (2006). Il difficile riconoscimento delle differenze. La necessità di una scelta tra due concezioni incompatibili della cultura. *Psicologia Sociale*, 2, 223-232.
- Mantovani, G. (2008). *Intercultura e mediazione*. Roma: Carocci.
- Mantovani, G. (2009). Fare ricerca “con”, non “su” gli altri. Ma chi sono gli altri? In C. Arcidiacono e F. Tuccillo (a cura di), *Ricerca Interculturale e Processi di Cambiamento. Metodologie, risorse e aree critiche* (pp. 35-45). Caserta: Edizioni Melagrana.
- Marazzi, A. (2005). *Voci di famiglie immigrate*. Milano: Franco Angeli
- Markus H.R. e Kitayama S. (1991). Culture and the self: Implications for cognition, motivation and emotion. *Psychological Review*, 98, 224-253.
- Martin, S. (2005). *World Survey on the Role of Women in Development: Women and International Migration*, New York: United Nations Department of Economic and Social Affairs and Division for the Advancement of Women.
- Martinovic, B., van Tubergen, F., e Maas, I. (2009). Dynamics of interethnic contact: A panel study of immigrants in the Netherlands. *European Sociological Review*, 25, 303-318.
- Massey, D. S. (2004). Segregation and stratification: A biosocial perspective. *Du Bois Review*, 1, 7-25.
- Mazzara B. (2007). *Prospettive di psicologia culturale*. Roma: Carocci.
- Mazzara, B.M. (2002). *Metodi qualitativi in psicologia sociale*. Roma: Carocci.
- Mazzara, B.M. (2009). Ricerca situate e mainstream. Conflitti e opportunità di un “dialogo interculturale”. In C. Arcidiacono e F. Tuccillo (a cura di). *Ricerca Interculturale e Processi di Cambiamento. Metodologie, risorse e aree critiche* (pp. 107-115). Caserta: Edizioni Melagrana.

- McCubbin, H. e Patteron, J.(1981). Broadening to scope of family strengths: An emphasis on family coping and social support. In N. Stinnet, J. FeFrain, K. King, P. Knaub e G. Rowe (a cura di), *Family Strenghts* vol.3. Loincoln: University of Nebraska Press.
- McCubbin, H. e Patteron, J.(1983). Family Stress and adaptation to crises: A Dobbble ABCX model of family behavior. In D. Olson eB. Miller (a cura di), *Family Studies review yearbook* (pp. 87-106). Beverly Hills: Sage.
- McFarland, S. (1999). Is authoritarianism sufficiet to explain individual differences in prejudice? Unpublished paper delivered at the 1999 meeting of the European Association for Experimental Social Psychology held at Oxford, England
- Mead, G.H. (1934). *Mind, self and society*. Chicago: University of Chicago Press.
- Miller, N. (2002). Personalization and the promise of contact theory. *Journal of Social Issues*, 58, 387-410.
- Mirisola, A. e Bocchiaro, P. (2008). Cuffaro, Pirandello e Schillaci: forse i siciliani non sono tutti uguali. L'effetto dell'entitatività percepita sulla minaccia indotta dallo stereotipo. *Psicologia Sociale*, 2, 261-282.
- Moro M.R. (2001). *Bambini immigrati in cerca d'aiuto*. I consultori di psicoterapia transculturale. Torino: UTET
- Moro, M. R. (2002). *Genitori in esilio*. Milano: Cortina.
- Moro, M. R. (2005). *Bambini di qui venuti da altrove. Saggio di transcultura*. Milano: FrancoAngeli.
- Moro, M. R. (2008). Far nascere in esilio. Clinica del diverso e della finitudine. In E. Scabini e G. Rossi (a cura di), *La migrazione come evento familiare* (pp. 107-122). Milano: Vita e Pensiero.
- Moro, M.R., Neuman,D. e Réal, I.(2010). *Maternità in esilio*. Milano: Cortina
- Moscardino U. e Axia G. (2001). *Psicologia, cultura e sviluppo umano*. Roma: Carocci.
- Moscovici, S. (1992). Dalle rappresentazioni collettive alle rappresentazioni sociali: elementi per una storia. In D. Jodelet (a cura di). *Le rappresentazioni sociali* (pp.77-102). Napoli Liguori
- Mostwin, D. (1980). *Life Space Approach to the Study and Treatment of a Family*. Washington: The Catholic University of America Press
- Mucchi Faina, A. (2006). *Comunicazione interculturale*. Roma: Laterza.

- Nathan, T. (1996). *Principi di etnopsicanalisi*. Torino: Bollati Boringhieri.
- Nathan, T. (2001). *Non siamo soli al mondo*. Torino: Bollati Boringhieri.
- Navas, M. S., García, M. C., Sánchez, J., Rojas, A. J., Pumares, P., & Fernández, J. S. (2005). Relative acculturation extended model (RAEM): New contributions with regard to the study of acculturation. *International Journal of Intercultural Relations*, 29, 21-37.
- Niero, A. e Pasqualotto, L. ([www.educare.it](http://www.educare.it)). Intercultura: le famiglie immigrate.
- Olson, D.H., Russel, C.S. e Sprenkle, D.H. (1983). Circumplex Model of Marital and Family Systems. *Family Process*, 22, 69-83.
- Panari, C., Mancini, T. e Fruggeri, L. (2010). Le sfide delle famiglie interculturali: solo una questione di "appartenenze"? La prospettiva situata. *Rivista di studi familiari*, 2, 42-59.
- Paolini, S., Hewstone, M., Cairns, E., & Voci, A. (2004). Effects of direct and indirect crossgroup friendships on judgments of Catholics and Protestants in Northern Ireland: The Hewstone: *Living apart, living together?* / MMG WP 09-12 59 mediating role of an anxiety-reduction mechanism. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 30, 770-786.
- Paolini, S., Hewstone, M., Voci, A., Harwood, J., & Cairns, E. (2006). Intergroup contact and the promotion of intergroup harmony: The influence of intergroup emotions. In R. Brown & D. Capozza (Eds.), *Social identities: Motivational, emotional, and cultural influences* (pp. 209-238). Hove, E. Sussex: Psychology Press.
- Pasquinelli, C. (2000). *Antropologia delle mutilazioni genitali femminili*. Roma: AIDOS
- Pekerti, A.A. e Thomas D.C. (2003). Communication in intercultural interaction. *International Journal of Intercultural Relations*, 34, 139-154.
- Pettigrew, T. F. (1997). Generalized intergroup contact effects on prejudice. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 23, 173-185
- Pettigrew, T.F. (1979). The Ultimate Attribution Error: Extending Allport's Cognitive Analysis of Prejudice. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 5, 460-476.
- Pettigrew, T.F. (1998). Intergroup contact theory. *Annual Review of Psychology*, 49, 65-85.

- Pettigrew, T.F. (2008). Future directions for intergroup contact and research. *International Journal of Intercultural Relations*, 32, 187-199.
- Pettigrew, T.F. e Tropp, L.R. (2000). Does intergroup contact reduce prejudice? Recent meta-analytic findings. In S. Oskamp (a cura di), *Reducing prejudice and discrimination: Social psychological perspectives* (pp. 93-114), Mahwah, NJ: Erlbaum.
- Pettigrew, T.F. e Tropp, L.R. (2006). A meta-analytic test of intergroup contact theory. *Journal of Personality and Social Psychology*, 90, 751-783
- Pettigrew, T.F. e Tropp, L.R. (2008). How does intergroup contact reduce prejudice? Meta-analytic tests of three mediators. *European Journal of Social Psychology*, 38, 922-934.
- Pillitteri, M. (2008). Il processo di aiuto alle donne immigrate. *Etnoginecologia Oggi*, 6, 24-28.
- Pinto Minerva, F. (2007). *L'intercultura*. Roma: Laterza
- Piro R., Benfante B. e D'Anna M. R. (2009). Partorire in terra straniera: nostra esperienza. Atti del X Consensus Conference sull'immigrazione e VII Congresso Nazionale SIMM, 5-7 febbraio, Trapani, 401-405
- Poli, R. (2003). La legislazione in Europa e in Italia. In M. Lo giudice (a cura di), *Etnopediatria. Bambini e salute in una società multiculturale* (pp. 40-54). Milano: Hippocrates Edizioni Medico-scientifiche, vol. I.
- Population Reference Bureau, (2008). *Female Genital Mutilation/Cutting: Data and Trends*.
- Portes, A. (2004). For the second generation, one step at a time: In T. Jacoby (a cura di), *Reinvesting the melting pot* (pp. 155-166). New York: Basic Books.
- Prilleltensky, I. (2007a). The role of power in wellness, oppression, and liberation: the promise of psychopolitical validity. *Journal of Community Psychology*.
- Prilleltensky, I. (2007b). Well-being, Justice, and power in the lives of migrants. *Integrating New Migrants in the New Europe. A Challenge for Community Psychology*, II European Community Psychology Association Seminar, Sevilla, September 19-21<sup>th</sup>, 2007, p. 35.

- Prilleltensky, I. e Prilleltensky, O. (2003a). Reconciling the roles of professional helper and critical agent in health psychology. *Journal of Health Psychology*, 8(2), 243-246.
- Prilleltensky, I., and Prilleltensky, O. (2006). Promoting well-being: Linking personal, organizational, and community change
- Prilleltensky, I., e Prilleltensky, O. (2003b). Towards a critical health psychology practice. *Journal of Health Psychology*, 8(2), 197-210.
- Putnam, R.D. (2007) *E Pluribus Unum: Diversity and community in the twenty-first century. Scandinavian Political Studies*, 30, 137-74.
- Regalia, C. (2005). La migrazione come percorso personale e familiare. In C. Gozzoli e C. Regalia, *Migrazioni e famiglie. Percorsi, legami e interventi psicosociali*, (pp. 29-79). Bologna: Il Mulino.
- Reiss D. e Oliveri, M. E. (1991). The familiy's conception of accountability and competence: A new approach to the conceptualization and assessment of family stress. *Family Process*, 30, 193-213.
- Ricoeur P. (2005). *Percorsi del riconoscimento*. Milano: Cortina
- Scabini, E. (1995). *Psicologia sociale della famiglia*. Torino: Bollati Boringhieri
- Scabini, E. e Rossi, G. (2008) (a cura di). *La migrazione come evento familiare*. Milano: Vita e Pensiero.
- Scabini, E. e Rossi, G. (2008) (a cura di). *La migrazione come evento familiare*. Milano: Vita e Pensiero.
- Serrano, E. (2009). La sensibilizzazione/mediazione nei confronti delle MGF. Seminario Internazionale *Famiglie nel guado. Comportamenti di matrice culturale sanzionati come reato*. Dipartimento per i Diritti e le Pari Opportunità del Governo italiano, Palermo 17-18 settembre 2009
- Smith, E.R. e Mackie, D.M. (1998). *Psicologia sociale*. Bologna: Zanichelli., C. Stangor e M. Hewestone (a cura di), *Stereotypes and Stereotyping*. New York: Guilford.
- Smith, J.A. e Osborn, M. (2003), Interpretative phenomenological analysis. In J.A. Smith (a cura di), *Qualitative Psychology: a pratical guide to research methods* (). London: Sage.
- Steele C.M. e Aronson J. (1995). Stereotypes as individual and collective representations. In C.N. Macrae

- Steinmetz H. , (2001). "Identität, Kultur (Literatur), Globalisierung. In Jahrbuch Deutsch als Fremdsprache, 27. München, Iudicium Verlag, 105-126.
- Stephan W.G.e Finlay K. (1999). The role of empathy in improving intergroup relations. *Journal of Social Issues*, 55, 729-743.
- Stephan, W. G. e Stephan, C. W. (1985). Intergroup anxiety. *Journal of Social Issues*, 41, 157-175.
- Stephan, W. G., Boniecki, K. A., Ybarra, O., Bettencourt, A., Ervin, K. S., Jackson, L. A., McNatt, P. S., e Renfro, C. L. (2002). The role of threats in the racial attitudes of blacks and whites. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 28, 1242-1254.
- Stephan, W. G., e Renfro, C. L. (2003). The role of threat in intergroup relations. In D. M. Mackie e E. R. Smith (a cura di), *From prejudice to intergroup emotions: Differentiated reactions to social groups* (pp. 191-207). New York, NY: Psychology Press.
- Stephan, W. G., e Stephan, C. W. (2000). An integrated threat theory of prejudice. In S. Oskamp (a cura di), *Reducing prejudice and discrimination* (pp. 23-46). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Stolle, D., Soroka, S., e Johnston, R. (2008) 'When does diversity erode trust?,' *Political Studies*, 56, 57-75.
- Sunchez-Burks, J., Lee, F. Choi, I., Nisbett, T. Zhao, S. e Koo, J. (2003). Conversing across cultures. *Journal of Personality and Social Psychology*, 85, 363-372.
- Tajfel,H. (1972). La categorization sociale. In S. Moscovici (a cura di). *Introduction à la psychologie sociale*. Paris. Larousse, 2 voll.
- Tajfel,H. e Wilkes, .A.L. (1963). Classification and qualitative judgment. *British Journal of Psychology*, 54, 101-114.
- Tannen, D. (1982). Ethnic style in male-female conversation, In J. Gumpez (a cura di), *Language and Social Identity*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Tausch, N., Kenworthy, J., & Hewstone, M. (2006). The contribution of intergroup contact
- Tausch, N., Tam, T., Hewstone, M., Kenworthy, J. B., e Cairns, E. (2007). Individual-level and group-level mediators of contact effects in Northern Ireland: The moderating role of social identification. *British Journal of Social Psychology*, 46, 541-556.

- Tesser A. (1988). Toward a self-evaluative maintenance model of social behavior. L. Brkowitz (a cura di), *Advances in experimental social psychology*, 21, 181-227.
- to the reduction of intergroup conflict. In M. Fitzduff & C. E. Stout (Eds.), *The psychology of global conflicts: From war to peace* (Vol. 2, pp. 67-108). New York, NY: Praeger.
- Todd, Z., Nerlich, B., Mckeown, S. e Clarke, D.D. (2004). *Mixing Methods in Psychology: The Integration of Qualitative and Quantitative Methods in Theory and Pratiche*. New York: Psychology Press.
- Tognetti Bordogna, M. (2007a). Famiglie e processi migratori. In M. Tognetti Bordogna (a cura di), *Arrivare non basta. Complessità e fatica della migrazione* (pp. 84-107). Milano: Franco Angeli.
- Triandis H.C, McCusker C.A. e Hui C.H. (1990). Multinethod probes of individualism and collettivism. *Journal of Personality and Social Psychology*, 59, 1006-1020.
- Triandis H.C. (2003). Culture and conflict. In L.A. Samovar e R.E. Porter (a cura di). *Intercultural Communication: A reader* . Belmont: Wadsworth-Thomson Learning.
- Tropp, L. R. (2003). The psychological impact of prejudice: Implications for intergroup contact. *Group Processes and Intergroup Relations*, 6, 131-149.
- Tropp, L. R. (2007). Pereceived discrimination and interracial contact: Predicting interracial closeness among Black and White Americans. *Social Psychological Quarterly*, 70, 70-81.
- Tropp, L. R. e Pettigrew, T. F. (2005b). Relationships between intergroup contact and prejudice among minority and majority status groups. *Psychological Science*, 16, 951-957.
- Tropp, L. R., e Pettigrew, T. F. (2005a). Differential relationships between intergroup contactand affective and cognitive dimensions of prejudice. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 31, 1145-1158.
- Turco L. (2006). Relazione presentata al Congresso Nazionale della Società Italiana di Igiene Medicina Preventiva e Sanità Pubblica dal titolo: *La Prevenzione per la promozione della salute e l'integrazione dei popoli*. Catania, 27-30 ottobre.
- Turner R. N. e Crisp R.J. (2010). Imagining intergroup contact reduces implicit prejudice. *British Journal of Social Psychology*, 49, 129-142



- Turner R.N., Hewstone M., Voci A. e Vonofakou C. (2008). A test of the extended intergroup contact hypothesis: The mediating role of intergroup anxiety, perceived ingroup and outgroup norms, and inclusion of the outgroup in the self. *Journal of Personality and Social Psychology*, 95, 843-860.
- Turner, J.C., Hogg, M.A., Oakes, P.J., Reicher S.D. e Wetherell M.S.(1987). *Rediscovering the Social Group: A Self-Categorization Theory*. Oxford: Blackwell.
- Turner, R. N., Crisp, R.J., e Lambert, E. (2007). Imagining intergroup contact can improve intergroup attitudes. *Group Processes and Intergroup Relations*, 10, 427-441.
- Turner, R. N., Hewstone, M., e Voci, A. (2007). Reducing explicit and implicit prejudice via direct and extended contact: The mediating role of self-disclosure and intergroup anxiety. *Journal of Personality and Social Psychology*, 93, 369-388.
- Turner, R. N., Hewstone, M., Voci, A., e Vonofakou, C. (2008). A test of the extended intergroup contact hypothesis: The mediating role of perceived ingroup and outgroup norms, intergroup anxiety and inclusion of the outgroup in the self. *Journal of Personality and Social Psychology*, 95, 843-860.
- Turner, R. N., Hewstone, M., Voci, A., Paolini, S., e Christ, O. (2008). Reducing prejudice via direct and extended cross-group friendship. In W. Stroebe & M. Hewstone (Eds.), *European review of social psychology* (Vol. 18, pp. 212-255). Hove, E. Sussex: Psychology Press.
- Walsh, F. (2008). *La resilienza familiare*. Milano: Raffaello Cortina
- WHO (1986). *The Ottawa Charter for Health Promotion*. First International Conference on Health Promotion, Ottawa, 21 november.
- WHO (1997). World Health Organization Management of pregnancy, childbirth and the postpartum period in the presence of female genital mutilation. Report of a WHO Technical Consultation Geneva, 15-17 october
- Williams, R. M. (1947). *The reduction of intergroup tensions*. New York: Social Science Research Council.
- Wright, S. C., Aron, A., McLaughlin-Volpe, T., e Ropp, S. A. (1997). The extended contact effect: Knowledge of cross-group friendships and prejudice. *Journal of Personality and Social Psychology*, 73, 73-90.
- Zurlo, M.C. (2005). *Filiazioni problematiche e sostegno allo sviluppo*. Napoli: Liguori.

## SITOGRAFIA

<http://pers.mininterno.it/sista/int014.htm>

[www.affarisociali.it](http://www.affarisociali.it)

[www.caritasroma.it/immigrazione](http://www.caritasroma.it/immigrazione)

[www.crsifo.it/ISG/Migrazioni/](http://www.crsifo.it/ISG/Migrazioni/)

[www.governo.it/sez dossier/immigrazione/presentazione.html](http://www.governo.it/sez_dossier/immigrazione/presentazione.html)

[www.hph-hc.cc](http://www.hph-hc.cc)

[www.hrweb.org/legal/undocs.html](http://www.hrweb.org/legal/undocs.html)

[www.iom.int/](http://www.iom.int/)

[www.mfh-eu.net](http://www.mfh-eu.net)

[www.migrare.it](http://www.migrare.it)

[www.rivistadiserviziosociale.it/it/articoli](http://www.rivistadiserviziosociale.it/it/articoli)

[www.sanita.it/sanita/bacheca/welcome/](http://www.sanita.it/sanita/bacheca/welcome/)

[www.simmweb.it/](http://www.simmweb.it/)

[www.stranieriinitalia.com](http://www.stranieriinitalia.com)

[www.torino.chiesacattolica.it/migranti/](http://www.torino.chiesacattolica.it/migranti/)